



**UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL CUCUTA**

BIBLIOTECA “MANUEL JOSE VARGAS”

<i>Resumen Tesis de Grado</i>	
AUTOR (ES) Nombres y Apellidos Completos	
JACKSON VLADIMIR JAIMES CARRILLO FABIAN QUINTERO VARGAS MAURICIO FERNANDO ZARATE BARRAGAN	
FACULTAD DERECHO	
DIRECTOR Dr. ARMANDO SAYAGO RODRIGUEZ	
TITULO DE TESIS LA DISCAPACIDAD FISICA DEL PERSONAL EN SERVICIO ACTIVO DE LA TRIGESIMA BRIGADA DEL EJERCITO, POR CAUSA DE SU MISION CON COLOMBIA Y LA PROTECCION DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES.	
RESUMEN <p>El presente trabajo se realizó con el fin analizar la discapacidad física del personal en servicio activo de la Trigesima Brigada del Ejército en cumplimiento de sus labores y como se les protegen sus derechos fundamentales. Esto teniendo en cuenta que la violencia que se viene viviendo en nuestro país desde hace varios años, ha producido enormes sufrimientos en las personas que se encontraban al servicio de las Fuerzas Militares, y debido a tantos atentados muchas de estas personas han quedado discapacitadas y no pueden seguir desempeñándose laboralmente.</p> <p>Consecuentemente con lo anterior se ha elaborado el presente estudio basado en una investigación socio-jurídica, que cumpla con las diferentes etapas metodológicas exigidas por la facultad de Derecho de la Universidad Libre Seccional Cúcuta, documento que fundamentado en el planteamiento del problema, presentará los objetivos que se esperan lograr con la investigación, limitaciones y alcances como un primer capítulo que suministrará las bases para el segundo capítulo que se refiere al marco teórico, el cual incluye algunos antecedentes que se relacionan con el tema, bases teóricas y legales, definición de términos. El tercer capítulo contendrá la metodología en materia de tipos de investigación y análisis de los datos.</p> <p>En el cuarto capítulo, se abordan los derechos fundamentales del personal discapacitado en servicio activo de las fuerzas militares, como lo son el derecho a la salud y a la seguridad social, el derecho a la educación, el derecho al trabajo y al empleo, el derecho a la cultura, el derecho a la recreación y el deporte, el derecho a la libre circulación, el derecho a la comunicación e información, el derecho a la vivienda y el derecho a la participación.</p> <p>El capítulo quinto, trata acerca de la capacidad psicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de las fuerzas militares, la clasificación de las lesiones, las lesiones que originan incapacidad, las incapacidades, invalideces, la enfermedad profesional y los accidentes de trabajo, así como las prestaciones a que tienen derecho éstas personas.</p> <p>El sexto capítulo, hace relación a los organismos y autoridades medico-laborales militares, que se encargan de atender todo lo relacionado con la discapacidad de los miembros de las fuerzas militares.</p> <p>Y en el séptimo y último capítulo, nos referimos a las estadísticas sobre personal discapacitado que tiene la Trigesima Brigada del Ejército con sede en el municipio de Cúcuta, así como algunas de las dificultades encontradas en éstos procesos.</p>	
CARACTERISTICAS	
73	
Páginas	Planos
	Ilustraciones
	Diapositivas
ENCABEZAMIENTO DE MATERIAS	
Uso Exclusivo de la Biblioteca	
FECHA	

**LA DISCAPACIDAD FISICA DEL PERSONAL EN SERVICIO ACTIVO DE LA
TRIGESIMA BRIGADA DEL EJERCITO, POR CAUSA DE SU MISION CON
COLOMBIA Y LA PROTECCION DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES**

JACKSON VLADIMIR JAIMES CARRILLO
FABIAN QUINTERO VARGAS
MAURICIO FERNANDO ZARATE BARRAGAN

CORPORACIÓN UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CUCUTA
FACULTAD DE DERECHO
SAN JOSE DE CUCUTA
2007

**LA DISCAPACIDAD FISICA DEL PERSONAL EN SERVICIO ACTIVO DE LA
TRIGESIMA BRIGADA DEL EJERCITO, POR CAUSA DE SU MISION CON
COLOMBIA Y LA PROTECCION DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES**

JACKSON VLADIMIR JAIMES CARRILLO
FABIAN QUINTERO VARGAS
MAURICIO FERNANDO ZARATE BARRAGAN

Proyecto de grado presentado como requisito para
optar al título de Abogados.

Director
Dr. ARMANDO SAYAGO RODRIGUEZ
Abogado

CORPORACIÓN UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL CUCUTA
FACULTAD DE DERECHO
SAN JOSE DE CUCUTA
2007

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San José de Cúcuta, Noviembre de 2007.

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

*A la Santísima Virgen María
por iluminarme y guiarme por el buen sendero.*

*A mis padres Víctor y Ana Beatriz, por inculcar en mí el amor, el sentido de
responsabilidad, la fuerza de voluntad y las ganas de luchar por mis sueños.
Sin ellos nunca hubiese podido hacer realidad este
sueño y culminar este trabajo de grado con éxito.*

*A mi hermana Deysi, por todo el apoyo incondicional y emocional
durante toda mi vida.*

Jackson Vladimir

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

*A mi Dios Todo Poderoso, quien me dio la fe, la fortaleza,
la salud y la esperanza para terminar este trabajo.*

*A mis padres Edilza y Oscar, por brindarme un hogar
cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo
son el camino para lograr objetivos.*

*A mi hermana Astrid Viviana,
por apoyarme y acompañarme en todos los momentos
importantes de mi vida.*

*A mi hijo Juan David, por ser la fuente de
mi inspiración y motivación para superarme cada día más
y así poder luchar para que la vida nos depare
un futuro mejor.*

Fabián

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

*A Dios, por darme la vida, guiar e iluminar
mi camino y sobre todo por permitirme
disfrutar mis logros cerca de mis seres
amados.*

*A mi madre Angela, como una
muestra de gratitud por su apoyo incondicional
y como agradecimiento por los sacrificios
que hizo para que llegara
hasta donde me encuentro.*

*A mis hermanos Javier, Sandra y Gabriela,
gracias por estar conmigo y apoyarme
siempre.*

Mauricio Fernando

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Libre Seccional Cúcuta, donde tuvimos la oportunidad de formarnos profesionalmente como Abogados.

A la Dra. Julieta Villamizar, Jefe del Grupo de Investigaciones de la Universidad Libre Seccional Cúcuta y Asesora Metodológica, por la colaboración, paciencia, apoyo brindados desde siempre y sobre todo por esa gran amistad que nos brinda, por escucharnos y aconsejarnos siempre.

A el Dr. Armando Sayago Rodríguez, Docente de la Universidad Libre – Seccional Cúcuta y Director del Trabajo de Grado, por su calidez, sugerencias y confianza

A la Trigésima Brigada del Ejército, en especial a la My. Orfilia Páez, por su constante orientación y asesoría sobre el tema desarrollado.

A todos los docentes que nos han transmitido sus experiencias y conocimientos importantes en nuestra formación profesional, en especial al Dr. Luis Emiro Bueno, Decano de la Facultad de Derecho.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. GENERALIDADES	3
1.1 EL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION	4
1.3 ALCANCE Y LIMITACIONES	4
1.4 OBJETIVOS	4
1.4.1 Objetivo General	4
1.4.2 Objetivos Específicos	4
2. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1 ANTECEDENTES	6
2.2 BASES TEORICAS	7
2.2.1 La Discapacidad	7
2.3 BASES CONCEPTUALES	14
2.4 BASES LEGALES	16
3. DISEÑO METODOLOGICO	20
3.1 TIPO DE INVESTIGACION	20
3.2 TRATAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	20
4. DERECHOS FUNDAMENTALES DEL PERSONAL DISCAPACITADO EN SERVICIO ACTIVO DE LAS FUERZAS MILITARES	21
4.1 DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL	21
4.2 DERECHO A LA EDUCACION	21
4.3 DERECHO AL TRABAJO Y AL EMPLEO	21
4.4 DERECHO A LA CULTURA	22
4.5 DERECHO A LA RECREACION Y EL DEPORTE	22
4.6 DERECHO A LA LIBRE CIRCULACION	22
4.7 DERECHO A LA COMUNICACIÓN E INFORMACION	22
4.8 DERECHO A LA VIVIENDA	22
4.9 DERECHO A LA PARTICIPACION	23
5. CAPACIDAD PSICOFISICA, INCAPACIDADES, INVALIDECES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS MILITARES	24
5.1 DE LA CLASIFICACION DE LAS LESIONES Y AFECCIONES CAUSALES GENERALES DE NO APTITUD	24
5.1.1 Cráneo	24
5.1.2 Boca, nariz, faringe, laringe y tráquea	24

5.1.3 Oídos y audición	25
5.1.4 Dental	25
5.1.5 Ojos	25
5.1.6 Pulmones y Tórax	25
5.1.7 Corazón y sistema vascular	26
5.1.8 Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	26
5.1.9 Aparato digestivo	27
5.1.10 Aparato génito – urinario	27
5.1.11 Sistema Nervioso	28
5.1.12 Siquiatría	29
5.1.13 Extremidades	29
5.1.14 Columna vertebral u otras articulaciones	30
5.1.15 Piel	30
5.1.16 Condiciones endocrinas y metabólicas	30
5.1.17 Enfermedad sistémica	31
5.1.18 Tumores y enfermedades malignas	31
5.1.19 Enfermedades venéreas	31
5.1.20 Enfermedades de origen biológico	31
5.1.21 Defectos generales y misceláneos	31
5.2 CLASIFICACION DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE ORIGINAN INCAPACIDAD	32
5.2.1 Grupos que contemplan lesiones y afecciones que producen disminución de la capacidad laboral	32
5.3 INCAPACIDADES, INVALIDECES, ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTE DE TRABAJO	32
5.3.1 Incapacidades	32
5.3.2 Enfermedad Profesional	33
5.3.3 Accidente de Trabajo	33
5.4 PRESTACIONES	34
5.4.1 Indemnizaciones	34
5.4.2 Pensiones de Inválidez	34
5.5 PRESTACIONES ASISTENCIALES	36
6. ORGANISMOS Y AUTORIDADES MEDICO – LABORALES MILITARES	38
6.1 LA JUNTA MEDICO LABORAL MILITAR	38
6.2 EL TRIBUNAL MEDICO LABORAL DE REVISION MILITAR	39
7. SITUACIONES DE DISCAPACIDAD DE LA TRIGESIMA BRIGADA EVALUADAS POR LA JUNTA MEDICO LABORAL – ANALISIS ESTADISTICO	41
7.1 SEGÚN EL RANGO MILITAR	41
7.2 SEGÚN LA UNIDAD MILITAR A LA QUE PERTENECE	41
7.3 SEGÚN LA CALIFICACION DE APTITUD	42
7.4 SEGÚN LA EVALUACION DE LA JUNTA MEDICA LABORAL	42
7.5 SEGÚN EL TIPO DE DISCAPACIDAD	43

7.6 SEGÚN EL MECANISMO DE LESION	43
7.7 ANALISIS DE LA CONVERSACION SOSTENIDA CON ALGUNOS SOLDADOS DISCAPACITADOS PERTENECIENTES A LA TRIGESIMA BRIGADA DEL EJERCITO	44
7.7.1 Derechos y Deberes	44
7.7.2 Expectativas de regreso a casa y comunidad	45
7.7.3 Tratamiento de Rehabilitación	45
8. CONCLUSIONES	47
9. RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	51

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A: Tabla de Valuación de Incapacidades
Porcentaje de Disminución de la Capacidad Laboral
- Anexo B: Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de 1 a 36 Meses
Oficiales – Suboficiales – Grumetes – Agentes y Alumnos de Escuelas de
Formación
- Anexo C: Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de ½ a 54 Meses
Oficiales – Suboficiales – Civiles – Soldados – Grumetes
Agentes y Alumnos de la Escuela de Formación
- Anexo D: Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de 2 a 72 Meses
Oficiales – Suboficiales – Civiles – Soldados – Grumetes
Agentes y Alumnos de Escuelas de Formación
- Anexo E: Tabla de Situación de la Junta Medica Laboral a 30 de Abril de 2007
Trigésima Brigada del Ejército

INTRODUCCION

Al Estado no solo en defensa del derecho a la vida, le compete mantener a sus asociados vivos, sino proporcionales los espacios donde las posibilidades de vivir con dignidad se transformen en realidades donde se afirme que los colombianos tienen vida.

No se puede afirmar que quien está vivo tiene vida sino disfruta de derechos tales como la libertad, la presunción de su inocencia, la libertad de su conciencia y expresión o locomoción, a su intimidad y buen nombre al libre desarrollo de su personalidad, al derecho a la defensa y al debido proceso entre otros muchos.

El fenómeno de la discapacidad en Colombia es una problemática de carácter multicausal y de diferentes niveles de complejidad, no solo porque es ocasionada por enfermedades degenerativas o crónicas, sino también por alteraciones traumáticas resultado de la violencia cotidiana y política del país.

La violencia que se viene viviendo en nuestro país desde hace varios años, ha producido enormes sufrimientos en las personas que se encontraban al servicio de las Fuerzas Militares, y debido a tantos atentados muchas de estas personas han quedado discapacitadas y no pueden seguir desempeñándose laboralmente.

Consecuentemente con lo anterior se ha elaborado el presente estudio basado en una investigación socio-jurídica, que cumpla con las diferentes etapas metodológicas exigidas por la facultad de Derecho de la Universidad Libre Seccional Cúcuta, documento que fundamentado en el planteamiento del problema, presentará los objetivos que se esperan lograr con la investigación, limitaciones y alcances como un primer capítulo que suministrará las bases para el segundo capítulo que se refiere al marco teórico, el cual incluye algunos antecedentes que se relacionan con el tema, bases teóricas y legales, definición de términos. El tercer capítulo contendrá la metodología en materia de tipos de investigación y análisis de los datos.

En el cuarto capítulo, se abordan los derechos fundamentales del personal discapacitado en servicio activo de las fuerzas militares, como lo son el derecho a la salud y a la seguridad social, el derecho a la educación, el derecho al trabajo y al empleo, el derecho a la cultura, el derecho a la recreación y el deporte, el derecho a la libre circulación, el derecho a la comunicación e información, el derecho a la vivienda y el derecho a la participación.

El capítulo quinto, trata acerca de la capacidad psicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de las fuerzas militares, la clasificación de las lesiones, las lesiones que originan incapacidad, las incapacidades, invalideces, la enfermedad profesional y los accidentes de trabajo, así como las prestaciones a que tienen derecho éstas personas.

El sexto capítulo, hace relación a los organismos y autoridades medico-laborales militares, que se encargan de atender todo lo relacionado con la discapacidad de los miembros de las fuerzas militares.

Y en el séptimo y último capítulo, nos referimos a las estadísticas sobre personal discapacitado que tiene la Trigésima Brigada del Ejército con sede en el municipio de Cúcuta, así como algunas de las dificultades encontradas en éstos procesos.

1. GENERALIDADES

1.1 EL PROBLEMA

La discapacidad entendida como la limitación para la ejecución de las actividades de acuerdo con la clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusválida es un fenómeno de carácter particular y social que limita las posibilidades de ejecutar actividades motoras en una situación tarea, desde esta perspectiva la discapacidad es posible leerla como fenómeno desde los componentes epidemiológico, funcional, social y ético.

El fenómeno de la discapacidad en Colombia es una problemática de carácter multicausal y de diferentes niveles de complejidad, no solo porque es ocasionada por enfermedades degenerativas o crónicas, sino también por alteraciones traumáticas resultado de la violencia cotidiana y política del país.

El clima generalizado de violencia que ha vivido el país en los últimos años ha producido enormes sufrimientos a la mayoría de los colombianos y colombianas. No solo a quienes les ha tocado directamente vivir en su familia, con sus amigos o compañeros de trabajo el drama de la muerte violenta, sino el conjunto de la sociedad, porque toda esa situación nos afecta, duele y ha llenado de incertidumbre a todos.

Esa violencia se expresa en múltiples formas y tiene raíces profundas en nuestra cultura. El proceso de paz que se adelanta en el país y la Nueva Constitución Nacional, han aportado las bases para poder superar esta difícil encrucijada en la que se han inmolado miles de vidas colombianas.

La sociedad, sufre conflictos que trascienden más allá de una simple situación de inconformidades ante el derecho, porque a medida que el tiempo pasa la vida cambia y los problemas sociales también.

Las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social que les impide ejercitar sus derechos y libertades al igual que el resto, haciéndoles difícil participar plenamente en las actividades ordinarias de las sociedades en que viven. En las 2 últimas décadas el enfoque hacia las personas con discapacidad ha cambiado, dejando atrás el enfoque médico, asistencial o caritativo para comenzar a ser vistas como sujetos portadores de derechos.

No se puede olvidar que el Derecho nace de la Sociedad y por lo tanto los Abogados, Jueces, Magistrados, Estudiantes de Derecho, etc., no deben olvidar que esta rama es netamente humanística y debe estar acorde y actualizada con los problemas que se presentan día a día en nuestra sociedad.

1.2 JUSTIFICACION

Los miembros de la Fuerza Pública, precisamente por su condición de ser actores directos del conflicto armado son quizá una de las poblaciones más afectadas y con altos índices de discapacidad en Colombia

Para esta investigación se abordó el tema “La discapacidad física del personal adscrito a la Trigésima Brigada del Ejército, en el cumplimiento de su misión con Colombia”, por ser una problemática que afecta en la actualidad a nuestra sociedad y la cual merece de toda nuestra atención por el gran índice de personas que se encuentran afectadas por esta situación.

Durante muchos años se ha vivido con violencia en nuestro país pero al transcurrir del tiempo el índice de esta va aumentando al punto que nadie está exento de ser una víctima más.

Una parte de la población más afectada son las personas pertenecientes a las Fuerzas Militares debido a que por la labor que desempeñan están más expuestos a ser víctimas.

Por tal motivo este tema es de gran importancia para los juristas y para todos aquellos que estén relacionados con la rama del Derecho y se quiere llegar más a fondo para analizar todo lo relacionado con la Protección Constitucional de los Derechos Fundamentales de las Personas Discapacitadas.

1.3. ALCANCE Y LIMITACIONES

En este trabajo solo se analiza la problemática al interior de la Trigésima Brigada del Ejército con sede en el Municipio de San José de Cúcuta. Es necesario anotar, que no se pudo desarrollar ningún trabajo de campo, por cuanto este no se permite al interior de la Institución, sin embargo nos proporcionaron la información estadística necesaria para la realización del mismo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Identificar los procesos de protección de los derechos fundamentales que brinda la Trigésima Brigada del Ejército Colombiano, al personal que ha sufrido alguna discapacidad en servicio activo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Reseñar los derechos fundamentales que tiene el personal discapacitado adscrito a la Trigésima Brigada del Ejército.

- ✓ Diagnosticar la magnitud del problema al interior de la Trigésima Brigada del Ejército, respecto al número de personas discapacitadas, tipo de discapacidad, mecanismo de lesión, aptitud, estado de evaluación, unidad a la que pertenece y grado.
- ✓ Establecer la clasificación de las lesiones y afecciones que originan incapacidad, los grados de incapacidad y los factores de indemnización.
- ✓ Determinar los organismos y autoridades medico laborales encargados de evaluar la discapacidad de los miembros de las Fuerzas Militares.
- ✓ Conocer las prestaciones a que tienen derecho las personas discapacitadas pertenecientes a la Trigésima Brigada del Ejército.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. ANTECEDENTES

BOHORQUEZ de Figueroa Alix Zoraida. ZAMBRANO Plata, Gloria Esperanza. “Equidad de Género de Prestación a los Servicios de Salud del Actual Sistema de Seguridad Social en el Municipio de los Patios”. Norte de Santander. Colombia. Enfermería Cúcuta. Francisco de Paula Santander. 2000.

BOTELLO Martinez, Mary Antonia. SOTO Martínez, María Belén. “Conocimiento sobre Deberes y Derechos que tienen los Usuarios Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en San José de Cúcuta”. Francisco de Paula Santander. Agosto del 2003.

OSPINA Jorge Iván. Director del Hospital Universitario del Valle. En donde funciona el Centro más moderno del país para atender a las personas con diferente grado de discapacidad. Valle. Enero de 2006.

OTOYA Domínguez, María Cristina. Especialista en Teoría y Métodos de Investigación en Sociología de la Universidad del Valle. “La ciudad cárcel para personas con discapacidad, investigadores de la Universidad del Valle realizaron un estudio en la ciudad de Cali, Colombia para identificar las barreras arquitectónicas y de comportamiento que obstaculizan la integración de personas con discapacidad a la vida social.

QUINTANA Casabuenas, Patricia. Terapéutica del Lenguaje, Candidata a Magíster en Interrogación Social de Personas con Discapacidad de la Universidad de Salamanca España y la Terapéutica Ocupacional Liliana Tenorio Rebolledo, candidata a Magíster en Economía de la Universidad del Valle. Las Investigadoras estudiaron la accesibilidad en el ambiente exterior y el equipamiento de la ciudad accesibilidad y habilitabilidad de los edificios públicos y las viviendas de interés social, funcionalidad del transporte público disponibilidad de información de ayudas técnicas para las cuidados personales, la señalización y condición de integración escolar y laboral.

GARZON Hernández Luz Mery. Jefe de Despacho de la Secretaria de Desarrollo Social y Comunitario del Municipio de San José de Cúcuta. “Implementar la Atención Integral y de Calidad a la Población de Niños y Niñas garantizando el acceso a espacios, educadores, saludables, culturales y deportivos”.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 La Discapacidad

¿En qué consiste la teoría de la discapacidad?. De forma general se puede decir que existen tantas teorías como seres humanos, puesto que “teoría” es la idea que cada cual tiene sobre un tema, en este caso, sobre lo que es la discapacidad. Pero incluso en esta afirmación hay ideas colectivas, el mismo uso del término discapacidad implica una matización lingüística que responde a un determinado posicionamiento conceptual. Al realizar un acercamiento a las teorías de la discapacidad es preciso tener en cuenta varios factores de análisis.

Por una parte, considerar su procedencia: si surgen de la experiencia personal de la discapacidad, si derivan de los y las profesionales que trabajan directa o indirectamente con estas personas, o si se tratan de integrar ambas perspectivas. Otro elemento a considerar sería la relación entre pensamiento y acción: lo que la gente cree y entiende sobre una realidad está en relación con lo que hace. Una tercera dimensión la constituye el propósito, la aplicabilidad de las teorías. Reconocer esta dimensión de la teoría es admitir que todas las teorías tienen un significado político. De acuerdo con Sally French, Maureen Gillman y John Swain:

No existe teoría alguna que sea neutra. Toda teoría acerca de la discapacidad aspira a una “comprensión social” compartida, justifica prácticas y criterios determinados y es esencial para el fortalecimiento de las relaciones entre las personas (French, Gillman y Swain, 1997: 6).

No se puede, por tanto, obviar este hecho al abordar este intento de clarificación conceptual. Intentar definir una realidad supone situarse frente a ella, pero, además, implica de algún modo *tomar partido* en la actuación práctica, cuando se trata de un aspecto de la vida humana tan peculiar como es el tema que abordamos.

Hecha esta consideración, que alude además a aspectos éticos de la investigación, se deben hacer también otras relativas a la naturaleza concreta de la realidad que abordamos y el momento histórico que vivimos, lo que nos lleva a situarnos en unas coordenadas espacio-temporales determinadas que enmarcan el panorama científico sobre el tema. El hecho de vivir en una etapa de “crisis” y cambio epistemológico, unido a la multidimensionalidad y complejidad de la temática de la discapacidad, hacen que esta labor de clarificación conceptual no sea fácil.

Hasta hace poco tiempo la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirido, que presentaban ciertos sujetos, cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica (con orientación psico-patológica), al tratarse de situaciones caracterizadas por la anormalidad o la desviación.

Los grandes cambios sociales, culturales y científicos ocurridos en el siglo XX han puesto en cuestión muchas de las asunciones sobre la ciencia en general y sobre la discapacidad en

particular, que han motivado la aparición de nuevos enfoques en la concepción de lo que es la discapacidad y, consiguientemente, en las prácticas profesionales de investigación y tratamiento de las personas con discapacidad.

Las ideologías y políticas dominantes en cada época histórica y en una determinada sociedad mantienen una relación dialéctica con las interpretaciones acerca de las diferencias humanas y las correspondientes prácticas o tratamientos dirigidos a los grupos sociales que conforman estas personas. La génesis y construcción del conocimiento científico se sitúa en unas coordenadas espacio-temporales determinadas y está condicionado por las ideologías que, a su vez, son interdependientes con relación a la producción científica. Partiendo de esta imbricación permanente entre ideología y ciencia, y a la luz de las aproximaciones sociológicas, se pueden identificar tres etapas diferenciadas en la investigación y actuación práctica en el campo de la discapacidad. Si bien conviene aclarar que, aunque se presentan de manera sucesiva en su momento de aparición y época de mayor esplendor, no han supuesto la sustitución o abandono de las anteriores. De hecho los trabajos correspondientes a las distintas perspectivas continúan coexistiendo y son defendidos por diferentes sectores científicos.

- **La concepción de la discapacidad como condición individual**

La premisa de partida en estos planteamientos esencialistas es que característica básica del sujeto es el déficit. Desde esta perspectiva se sostiene que el problema radica fundamentalmente en el individuo, teniendo una base natural o biológica (física, fisiológica o funcional). En esta concepción biologicista u organicista se considera como apropiada la ciencia natural para explicar los problemas objeto de estudio. La investigación se realiza bajo un enfoque clínico y psicométrico, utilizando métodos experimentales, como consecuencia del predominio de una visión científica positivista.

Para construir conocimiento se aplica la lógica inductiva y la epistemología empirista: en base a la observación de datos aislados, extraídos de su contexto (la mayor parte de las veces se provocan situaciones artificiales, “de laboratorio”, para controlar las variables con el máximo rigor). Se considera fundamental la categorización, la correspondencia de los datos sobre cada tipo de hándicap (Robert Bogdan, 1989), de manera que el conocimiento científico obtenido responda a las cuestiones ya referidas: confirmar o clarificar las causas del déficit, los síntomas característicos de cada tipo y las formas específicas de tratamiento que les correspondan.

La instrumentación técnica (por ejemplo, la psicometría) responde a la pretensión de hacer visibles, objetivables y medibles rasgos o cualidades que antes tenían un matiz sobrenatural e intangible (la inteligencia, la personalidad, etc.), y sirve para justificar las decisiones en los tratamientos prácticos. La investigación en esta perspectiva clínica resultaba relativamente fácil de realizar, económicamente barata y, como se ha dicho, con una aplicabilidad inmediata por su carácter prescriptivo respecto a los programas de actuación.

La tipificación es muy útil al tener una doble función: orienta la investigación (y, en cierto modo, le confiere carácter científico) y guía la práctica (que es, a su vez objeto de investigación, pero desde los mismos planteamientos esencialistas), ya que, en base a esta lógica racional se organizan los sistemas de servicios para los sujetos discapacitados: rehabilitación, psicoterapia, educación especial, etc.

Se considera entonces que el progreso en el área práctica deriva directamente de los resultados de la investigación y los recursos aportados para el diagnóstico, la intervención y la aplicación de la tecnología. Basándose en el esquema simple, lineal y unidireccional, Investigación-Desarrollo, se explica el impacto de una innovación en la práctica.

Así, las explicaciones sobre el desarrollo de la educación especial se han apoyado en esta idea de “marcha del progreso”, como resultado directo de la aplicación de los datos científicos según este modelo (Sheila Riddell, 1998). Por ejemplo, el incremento de los tests de inteligencia en la primera parte del siglo XX, utilizados para asignar al alumnado determinados tipos de escolarización, obedecía al deseo de sacar el mejor provecho al talento y las capacidades de cada sujeto. Una explicación alternativa es que, lejos de reflejar una preocupación por las necesidades individuales, la extensión de la educación especial estaba impulsada por un deseo de control social.

Conviene realizar algunas puntualizaciones sobre este modelo de discapacidad. Como se ha dicho, los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a destacar los déficits del individuo y considerarlos como causa inevitable de la discapacidad. Pero, en este breve intento de señalar algunos aspectos inaceptables de estas ideas, no debemos entender que las personas discapacitadas no precisen, en algunos momentos de sus vidas, del apoyo de tipo médico. Lo que se cuestiona aquí son las condiciones y las relaciones sociales que se producen en estos encuentros, al considerar su identidad reducida a los aspectos deficitarios individuales.

También es preciso aclarar que no toda investigación desarrollada en el paradigma biológico o individual debe ser considerada como necesariamente opresiva. Por ejemplo, los estudios médicos sobre rehabilitación física, desarrollo de medicamentos, intervención quirúrgica o genética suponen contribuciones importantes para la mejora de la vida de las personas con deficiencias. Lo que se critica es la utilización exclusiva del enfoque bio-médico para investigar y explicar problemas sociales.

- **Perspectivas sociopolíticas**

Los análisis sociopolíticos de la discapacidad se desarrollan a partir de las contribuciones de dos grupos o corrientes científicas de estudio de la realidad humana que se interrelacionan en varios aspectos de sus líneas de investigación.

Un grupo parte de la tradición de origen estadounidense del interaccionismo y del funcionalismo estructural. El otro se inspira en las teorías materialistas de Marx y Engels, llegando a afirmar que la discapacidad y la dependencia son la “creación social” de un tipo

particular de organización social basada en la economía, en concreto que es producto del capitalismo industrial.

- **Versiones construccionistas sociales: Interaccionismo y funcionalismo**

Las explicaciones construccionistas sociales ponen en duda la “realidad” objetiva de la discapacidad y afirman que ésta debe entenderse más que como algo esencial, inherente al individuo, como una etiqueta negativa que unas personas aplican a otras, y cuyo efecto es el reforzamiento de la marginación social.

- **Interaccionismo simbólico**

El interaccionismo simbólico ha proporcionado una base conceptual y un modelo de investigación fenomenológica en el campo de la discapacidad. Entre sus presupuestos básicos se considera que las personas, como seres sociales, otorgan un significado a las cosas o situaciones que observan o viven, influidas por la forma de ver o definir las cosas por parte de otras personas. Sus construcciones acerca de la realidad son consideradas como la realidad, y las definiciones comunes que hacen les ayudan a mantenerse en la confirmación de ésta como verdad (Robert Bogdan, 1989).

En este proceso de adjudicación social de significados a las cosas estamos incluso inmersas nosotras mismas como personas que formamos parte del mundo. Consecuentemente, en la definición del “sí mismo” las personas intentan verse como las demás las ven a ellas. Las personas utilizan la retroalimentación a través de un proceso de interpretación.

Los trabajos de investigación sobre discapacidad enfocados bajo la perspectiva interaccionista han analizado la relación existente entre identidad y proceso de etiquetado, lo que ha contribuido a comprender la importancia de los factores actitudinales y ambientales, tan importantes o más que la insuficiencia en la valoración de la discapacidad. Pero también estos trabajos han enfatizado la consideración de la discapacidad como una condición personal devaluada (lo que lleva asociado cierto fatalismo social). Así se han criticado los análisis de Erving Goffman (1998) y su aplicación del concepto de “estigma” (empleado para referirse a un signo de imperfección que denota “inferioridad moral” y provoca evitación por parte del resto de la sociedad). Según esta interpretación, los sujetos o grupos “estigmatizados” como el ciego, el enano, el desfigurado, el enfermo mental, etc., son considerados como no muy humanos por parte de otras personas. Esta visión de la discapacidad desde la perspectiva del estigma ha tenido gran repercusión en la formación de profesionales en el campo de los servicios (psicólogos, trabajadores sociales), lo cual no ha sido muy positivo para la comprensión y la actuación práctica en el campo de la discapacidad, ya que, precisamente, al acentuar la idea negativa de tragedia personal, se contribuye a reforzar la visión patologizadora de la discapacidad.

Desde otras posiciones críticas sociopolíticas (interpretaciones materialistas de la discapacidad) se considera que esta visión del estigma se sitúa exclusivamente en un nivel

de análisis interpersonal, sin llegar a un nivel superior o estructural. Goffman se centra en individuo, las personas desacreditadas y desprestigiadas, y da por supuestas la segregación, la pasividad y la condición inferior impuestas a los sujetos estigmatizados, arraigadas en las relaciones sociales capitalistas, sin considerar seriamente las cuestiones de causalidad.

Como apunta Paul Abberley:

La psicología social interaccionista describe las creencias de las personas, pero no las explica. Sus informes, aunque exactos en este nivel descriptivo, permanecen en esta etapa preliminar de la investigación científica [...] Las teorías que ignoran los conflictos del poder y suscriben un punto de vista consensuado, como hace el interaccionismo, no se posicionan, sino que ven la existencia de desigualdades como algo inevitable (Abberley, 1993: 110).

Además, considera Mike Oliver (1998) el uso que Goffman hace del término *estigma* se basa más en las percepciones de quienes actúan como opresores que en las de las personas oprimidas, cuando realmente el concepto estigma tiene connotaciones de explotación y de opresión, no sólo de evitación.

Hay que reconocer, sin embargo, las aportaciones valiosas de la teoría de la interacción simbólica y el desarrollo de trabajos de la línea construccionista, al poner en duda la “realidad objetiva” de la discapacidad y afirmar que, más que entenderla como algo inherente al individuo, debe entenderse como una etiqueta negativa que unas personas aplican sobre otras, cuyo efecto es el reforzamiento de la marginación social. Estos planteamientos han representado un desafío importante a la idea esencialista del déficit (considerado exclusivamente como característica constitucional del sujeto), y han repercutido en la concepción y organización de los servicios para las personas con discapacidad. Así, en el caso de la Educación Especial han conducido a replantear la categorización de alumnos y alumnas y la asignación de modalidades de escolarización segregadas.

Pero, incluso esta aportación positiva de la investigación desde la perspectiva interaccionista también puede tener repercusiones políticas negativas para el bienestar de las personas con discapacidad. El planteamiento contrario a la determinación de categorías se puede utilizar para justificar la supresión de prestaciones especializadas para las personas con discapacidad: Cuando se trata de economizar presupuestos y servicios se puede esgrimir que deben evitarse al máximo las actuaciones especialmente dirigidas a las diferencias, por considerarlas discriminatorias.

- **Análisis funcionalistas de la discapacidad**

El estudio socio-histórico de las estructuras políticas de la sociedad, aplicado al campo de la discapacidad, da lugar a nuevos desarrollos de interés para la comprensión del tema. Se trata de las versiones funcionalistas sobre el surgimiento y mantenimiento de la discapacidad.

Los análisis políticos (fundamentados en la investigación histórica sobre los siglos XIX y XX en Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania) ponen de relieve que estas sociedades “desarrolladas” funcionan mediante un complejo sistema de distribución de bienes, cuyo principio motor es el trabajo. Dado que no todos pueden trabajar, se desarrolla un segundo sistema basado en las percepciones de necesidad, y unos servicios para dar respuesta a las necesidades. El acceso al sistema de necesidades y la obtención de beneficio por parte de “los necesitados” supone la vigencia de unos estamentos profesionales que controlen la “correcta” distribución de este sistema de Bienestar que ofrece el Estado. Por lo tanto, la definición y categorización de lo que es discapacidad es una cuestión compleja, donde entran en juego las consideraciones médicas (o de otros profesionales, como psicólogos, trabajadores sociales...) sobre los sujetos, bajo un imperativo político, lo que beneficiará a estos grupos profesionales otorgándoles poder social.

Wolf Wolfensberger (1989), promotor del movimiento de normalización de servicios en Europa, aporta también una visión crítica del tema sosteniendo que la construcción social de la discapacidad y la dependencia es una “función latente”, pero esencial, del crecimiento de las “industrias de servicios humanos” desde 1945. Todas las agencias e instituciones manifiestan sus objetivos y funciones explícitas (recuperación, educación, reinserción profesional...), pero lo más importante son las funciones no reconocidas públicamente, ocultas. En los países desarrollados y estados de bienestar las industrias de servicios humanos cobran cada vez mayor importancia y están interesadas en crear y mantener grandes cantidades de personas devaluadas y dependientes, con el fin de asegurar el trabajo propio. Esto, paradójicamente, está en clara oposición con la pretendida y explícita función de rehabilitación e integración en la comunidad.

En esta misma línea se sitúan los análisis críticos de otros autores americanos como Gary Albrecht (1992), Michael Bury (Albrecht y Bury, 2001), Gerben DeJong e Ian Basnett (2001), quienes consideran que la discapacidad está producida por “el negocio de la discapacidad”, en el que se incluyen no sólo los servicios oficiales, sino también las iniciativas particulares, incluso las emprendidas por las propias personas con discapacidad, pues la discapacidad y la rehabilitación se han convertido en mercancía y en objeto de interés comercial. Los citados análisis sobre políticas económicas y la disposición de servicios llevan a estos autores a señalar la necesidad de modificar la organización política basada en modelos paternalistas de provisión de servicios. En coincidencia con los objetivos del movimiento de vida independiente de las personas discapacidad, proponen trabajar hacia otro tipo de organización de los bienes y servicios, donde se priorice la información, la capacitación, la autogestión y el control de las propias personas usuarias.

- **Versiones materialistas de la discapacidad. El creacionismo social**

La perspectiva creacionista critica de reduccionistas a las anteriores formulaciones de la discapacidad al considerar ésta exclusivamente como anormalidad o déficit individual, o como desviación construida socialmente, incluso la simple visión de las personas discapacitadas como grupo minoritario, sin cuestionar las raíces de esta situación. La idea fundamental de este enfoque es que la discapacidad es una realidad “producida” o “creada”

a partir de las estructuras económicas y políticas de la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen, por tanto, un grupo social oprimido.

La influencia de estas nuevas perspectivas y el movimiento social de la discapacidad llevó a que la Unión of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) manifestara su concepción de la discapacidad (lo que conllevó la diferenciación de los conceptos de *Impaired*, *Disability* y *Handicap*, que después recogería la Organización Mundial de la Salud en sus orientaciones para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, publicada en 1980). Así se declara:

En nuestra opinión, es la sociedad la que incapacita realmente a las personas con deficiencias. La discapacidad es algo que se impone a nuestras deficiencias por la forma en que se nos aísla y excluye innecesariamente de la participación plena en la sociedad.

Por tanto, los discapacitados constituyen un grupo oprimido de la sociedad. Para entenderlo es necesario comprender la distinción entre la deficiencia física y la situación social, a la que se llama “discapacidad”, de las personas con tal deficiencia. Así, definimos la deficiencia como la carencia parcial o total de un miembro, o la posesión de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuosos; y la discapacidad es la desventaja o la limitación de la actividad causada por una organización social contemporánea que tiene en escasa o en ninguna consideración a las personas con deficiencia físicas, y por tanto las excluye de la participación en las actividades sociales generales. La discapacidad es, por consiguiente, una forma particular de opresión social (UPIAS, 1976: 3-4).

Vic Finkelstein (1980), miembro de UPIAS, hace una interpretación crítica materialista de la historia y afirma que la discapacidad es un producto del desarrollo de la sociedad industrial occidental. Este autor divide la historia en tres fases. La primera corresponde al periodo feudal europeo, en que las personas con limitaciones participaban en el modo de producción rural sin problemas. Pero al imponerse la industrialización, en el siglo XIX, las personas con limitaciones fueron excluidas, porque eran incapaces de adaptarse al ritmo laboral de las fábricas. Así fueron apartadas de la actividad económica y social general, consideradas enfermas y recluidas en instituciones de carácter sanitario. El surgimiento de un sistema de producción capitalista, unido al auge de la medicina de tipo hospitalario, es lo que motivó la consideración de estas personas como grupo subvalorado, atribuyéndoles los rasgos de tragedia personal, pasividad y dependencia. La tercera fase, acaba de empezar y supondrá el final de la opresión de las personas discapacitadas, gracias al desarrollo y el uso de la tecnología y el trabajo conjunto de esas personas y de otras que se solidarizan con ellas.

Desarrollando esta perspectiva crítica social otros autores y autoras (muchos de ellos son personas con discapacidad) han ampliado, matizado y reformulado estos análisis teóricos de la discapacidad, al considerar que la versión de Finkelstein podría calificarse de simplista y excesivamente optimista. Así Colin Barnes (1998) afirma que es simplista porque supone que existe una relación directa entre el modo de producción y las ideas y experiencia de discapacidad. Es demasiado optimista por su suposición de que el avance tecnológico y la

participación en el trabajo integrarán de nuevo a las personas discapacitadas en la sociedad en niveles de igualdad. La tecnología puede servir para capacitar o para discapacitar aun más a las personas, y los intereses profesionales han demostrado ser una de las mayores barreras para las personas discapacitadas.

Mike Oliver (1996, 1998) uno de los principales exponentes de la posición materialista, defiende que la economía, a través de la organización social del trabajo, desempeña un papel clave en la producción de la categoría de discapacidad, y en la determinación de las respuestas de la sociedad a las personas discapacitadas. La opresión a la que éstas se enfrentan tiene sus raíces en las estructuras económicas y sociales del capitalismo, que por sí mismas producen racismo, sexismo, homofobia, gerontofobia y discapacidad. Durante todo el siglo XX el trabajo se ha organizado en torno a dos principios: la obtención del máximo beneficio y la competitividad entre los trabajadores individuales. Inevitablemente las personas discapacitadas han sufrido las consecuencias de esta organización, experimentando la exclusión del mercado de trabajo, la desvalorización y la marginación social. La única vez que el panorama cambió fue durante las dos guerras mundiales. La razón es muy sencilla, en épocas de necesidad de trabajadores todas las aportaciones son buenas y se organiza el trabajo de acuerdo con los principios de cooperación y colaboración, y no sólo de competición y productividad. Al terminar la guerra, se vuelven a imponer los viejos principios de la economía capitalista, dejando fuera del mundo laboral a las personas con discapacidad, que pasarían de nuevo a ser un grupo ciudadano de segunda clase.

Desde esta perspectiva de la economía política, las personas discapacitadas están excluidas del mercado laboral no por culpa de sus limitaciones personales o funcionales (paradigma médico individual), ni por las actitudes y prácticas discriminatorias de otras personas, entre ellas el empresariado (explicaciones interaccionistas), sino ante todo debido al sistema de organización social basado en el trabajo, propio de la economía capitalista.

2.3. BASES CONCEPTUALES

- **Discapacidad**

“Deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”. (Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Aprobada en la primera sesión plenaria, celebrada el 7 de junio de 1999).

“Término genérico que involucra la pérdida o anormalidad de una función o estructura corporal, la limitación en la ejecución de una actividad, o la restricción en la participación del individuo en situaciones vitales en el ámbito social” (Organización Mundial de la Salud (Glarp)).

Cabe señalar algunos ejemplos que ilustran estas definiciones:

1. Una persona con limitación auditiva (sorda o hipoacúsica) no puede acceder a la información de televisión, porque no se utiliza el servicio de interpretación en lengua de señas o las ayudas técnicas necesarias para ello (closed caption /texto escondido y amplificadores).
2. Una persona con limitación visual no puede acceder a la información porque no cuenta con las ayudas técnicas y tecnológicas necesarias. La importancia de esto es doble: en primer lugar porque el 85% de la información de nuestro mundo está hecha para ser vista, y en segundo lugar porque la sistematización y los medios de comunicación constituyen un hecho decisivo de la sociedad actual.
3. Una persona con limitación física que usa silla de ruedas y que se encuentra en un centro comercial, no puede comunicarse a través del teléfono público si éste se encuentra a una altura superior a él.
4. Una persona con limitación mental no se puede expresar si no cuenta con sistemas de comunicación aumentativa y alternativos: tableros ideográficos, pictográficos, etc.

- **Derechos Fundamentales**

Son aquellos derechos humanos garantizados con rango constitucional que se consideran como esenciales en el sistema político que la Constitución funda y que están especialmente vinculados a la dignidad de la persona humana. Es decir, son aquellos derechos que dentro del ordenamiento jurídico disfrutan de un estatus especial en cuanto a garantías (de tutela y reforma).

Los derechos fundamentales son derechos humanos positivizados en un ordenamiento jurídico concreto. Es decir, son los derechos humanos concretados espacial y temporalmente en un Estado concreto. La terminología de los derechos humanos se utiliza en el ámbito internacional porque lo que están expresando es la voluntad planetaria de las declaraciones internacionales, la declaración universal de los derechos humanos frente al derecho fundamental.

Destacar que los derechos humanos son propios de la condición humana y por tanto son universales, de la persona en cuanto tales, son también derechos naturales, también son derechos preestatales y superiores al poder político que debe respetar los derechos humanos. Se decía también que eran derechos ligados a la dignidad de la persona humana dentro del Estado y de la sociedad. Lo que interesa destacar es que si los derechos fundamentales son derechos humanos, tienen éstos también las características que hemos reconocido a los derechos humanos. Por tanto, a los derechos fundamentales no los crea el poder político, ni la Constitución, los derechos fundamentales se imponen al Estado, la Constitución se limita a reconocer los derechos fundamentales, la Constitución propugna los derechos fundamentales, pero no los crea.

2.4. BASES LEGALES

Las personas con discapacidad están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social que les impide ejercitar sus derechos y libertades al igual que el resto, haciéndoles difícil participar plenamente en las actividades ordinarias de las sociedades en que viven. En las 2 últimas décadas el enfoque hacia las personas con discapacidad ha cambiado, dejando atrás el enfoque médico, asistencial o caritativo para comenzar a ser vistas como sujetos portadores de derechos.

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

ARTICULO 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

ARTICULO 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

ARTICULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

ARTICULO 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

- **DECRETO NÚMERO 3830 DE 2006** “Por el cual se determina el subsidio para vivienda de los Soldados Profesionales que otorga el Estado a través de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, se reglamenta parcialmente la Ley 973 de 2005 y se dictan otras disposiciones”.

ARTÍCULO 10.- FONDO DE SOLIDARIDAD PARA SOLUCION DE VIVIENDA A BENEFICIARIOS DE AFILIADOS QUE FALLEZCAN O QUE SUFRAN UNA DISCAPACIDAD. Conforme a lo establecido en el artículo 92 de la ley 973 de 2005, para los casos en que se presente el fallecimiento de un afiliado cuyos beneficiarios no queden disfrutando de asignación de retiro, pensión o sustitución, e igualmente, cuando el afiliado sufra una discapacidad y quede retirado del servicio sin derecho al disfrute de asignación de retiro o pensión, accederán al valor de la vivienda a adjudicar previa acreditación de la ocurrencia de los hechos y el cumplimiento de los demás requisitos.

Para lo anterior se constituye un fondo para solución de vivienda con el aporte de una cuota extraordinaria que harán todos los afiliados a la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, por un monto igual al siete por ciento (7%) del sueldo básico, cuyo descuento será coordinado por la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, con las entidades empleadoras de los afiliados.

El Fondo se nutrirá en lo sucesivo con los siguientes recursos:

1. Un aporte del siete por ciento (7%) de la asignación básica de quienes se afilien con posterioridad a la entrada en vigencia de la ley 973 de 2005. Este aporte o cuota única se descontará simultáneamente con la primera cuota de ahorro mensual obligatorio con destino a la Caja.
2. Un aporte del siete por ciento (7%) de la asignación básica de aquellos afiliados a los cuales les sea aplicado el subsidio de vivienda que otorga el Estado a través de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía. El respectivo descuento de este aporte o cuota única se coordinará por parte de la Caja con la entidad empleadora del afiliado, tan pronto se produzca la Resolución que reconoce y ordena el pago del subsidio.
3. Un porcentaje adicional establecido por la Junta Directiva del total de los excedentes financieros de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía.
4. Los demás aportes que determine la ley.

PARÁGRAFO. El valor de los aportes que registre la cuenta individual del causante, así como el subsidio de vivienda que le correspondería a este según la categoría y en ese momento, serán aplicados por la Caja para completar el valor de la vivienda a adjudicar a los beneficiarios.

En todos los casos la Junta Directiva de la Caja, antes del mes de octubre de cada año, fijará para la vigencia fiscal siguiente el valor de la vivienda a adjudicar en consideración a cada categoría, de tal forma que se cumpla con los parámetros del derecho fundamental a una vivienda digna y considerando la situación económica del fondo, sin que los incrementos en el valor de la misma, sean inferiores a la variación del IPC certificado por el DANE para la respectiva vigencia.

- **LEY NUMERO 361 DE 1997:** "Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones"

- **LEY NUMERO 762 DE 2002:** “Por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.
- **LEY NÚMERO 324 DE 1996:** "Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda".
- **LEY NUMERO 100 DE 1993:** “Por el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”.

Artículo 153. Incluye la rehabilitación como una fase del proceso de atención integral de salud.

Artículo 156. Garantiza el ingreso de toda la población al Sistema de Seguridad Social en condiciones equivalentes. Crea un régimen subsidiado para las pobres y vulnerables.

Artículo 157. Prioriza dentro la población pobre y vulnerable a los discapacitados entre otros.

Artículo 257. Define auxilios económicos entre otros para la población con limitación física.

Libro Tercero. Crea el Sistema General de Riesgos Profesionales. Define los términos para la calificación y el pago de pensiones de invalidez integrales.

- **DECRETO NUMERO 2644 de 1994:** Adopta, la tabla única para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral, entre el 5 y el 49.99 por ciento.
- **DECRETO NUMERO 303 DE 1995.** Se determina la vigencia de las Juntas de Calificación de Invalidez.
- **DECRETO NUMERO 2681 DE 1993.** Declara el 3 de diciembre del día nacional de las personas con discapacidad.
- **DECRETO NUMERO 1346 DE 1994.** Reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de invalidez.
- **DECRETO NUMERO 1295 DE 1994.** Organiza y determina la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- **DECRETO NUMERO 1796 DE 2000:** “Por el cual se regula la evaluación de la capacidad psicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre

incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993"

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

La investigación realizada es de carácter socio-jurídica, de tipo descriptivo, fundamentada en el Derecho Constitucional, que tienen que ver con la Protección Constitucional y Derechos Fundamentales de las personas discapacitadas.

Teniendo en cuenta que toda investigación socio-jurídica consta de dos etapas complementarias, en la primera se realizó una valoración política y empírica de la meta que se pretende alcanzar y en la segunda, se hizo un juicio de suficiencia y adecuación de la normatividad que se analizará con base en el resultado logrado en la primera etapa, para poder llegar con fundamentos válidos a la descripción del problema social existente planteados en los objetivos propuestos.

3.2 TRATAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para la realización de este estudio se utilizaron diferentes técnicas de recolección de información, así: fichas bibliográficas – conceptuales, observación y análisis de registros estadísticos.

La información estadística recopilada fue tabulada, graficada y se le hizo su respectivo análisis descriptivo e interpretación.

4. DERECHOS FUNDAMENTALES DEL PERSONAL DISCAPACITADO EN SERVICIO ACTIVO DE LAS FUERZAS MILITARES

Los derechos de las personas con discapacidad se ejercen cuando ellas pueden acceder efectivamente a los bienes y servicios sociales que permiten su desarrollo integral.

4.1 DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹. Igualmente nuestra Constitución Política define la salud como un derecho fundamental y un servicio público que debe ser garantizado a todos los ciudadanos, especialmente a aquellos en condiciones de vulnerabilidad manifiesta como es el caso de las personas con discapacidad².

4.2 DERECHO A LA EDUCACION

Todas las personas, incluyendo naturalmente las personas con discapacidad tienen derecho a recibir educación de calidad en los niveles primario, secundario y superior con la cual puedan acceder al conocimiento, y al pleno desarrollo de su personalidad y sus capacidades. El Ministerio de Educación Nacional junto con las Secretarías de educación departamental y municipal, y las instituciones educativas son los responsables de asegurar la materialización de este derecho.

A través de la política de integración educativa de las personas con discapacidad al Sistema de educación formal del país, se busca generar una educación inclusiva que respete y valore las diferencias entre las personas, y les brinde las mismas oportunidades de desarrollo humano y social. En aquellos casos donde no es posible esta integración, igualmente el Estado, debe garantizar el acceso a programas de educación especial con la misma calidad, durante todo el ciclo de vida de la persona.

4.3 DERECHO AL TRABAJO Y AL EMPLEO

Las personas con discapacidad tienen derecho a elegir un trabajo, profesión u oficio que les permita acceder, en igualdad de oportunidades, a un empleo productivo y remunerado en el mercado laboral con el cual puedan mejorar su nivel de vida y ser protegidos de la vulnerabilidad y la pobreza.

¹ Principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la Conferencia Sanitaria Internacional. Celebrada en Nueva York entre el 19 de junio y 22 de julio de 1946 y suscrita el 22 de julio por los representantes de 61 Estados.

² Constitución Política de Colombia Art. 13 y 47.

4.4 DERECHO A LA CULTURA

La cultura y el arte hacen parte fundamental de la integración de las personas con discapacidad, con el cual pueden desarrollar su potencial artístico, creativo e intelectual contribuyendo de esta manera a su beneficio y al de la comunidad. Garantizarle este derecho a la población con discapacidad es reconocer la diversidad cultural existente en nuestro país.

4.5 DERECHO A LA RECREACION Y EL DEPORTE

El deporte y la recreación son derechos que garantizan la formación integral y el desarrollo de habilidades y potenciales de las personas con discapacidad, es necesario garantizar el pleno goce de este derecho en condiciones de igualdad para que tengan acceso a todo tipo de programas, planes y eventos.

4.6 DERECHO A LA LIBRE CIRCULACION

Ante la eminente necesidad de garantizar el acceso al espacio público y la libre circulación de las personas con discapacidad, que les permita disfrutar de los diferentes bienes y servicios sociales en igualdad de condiciones, el Ministerio de Transporte y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial han realizado programas de acción que contribuyan a garantizar la accesibilidad del entorno físico, el tránsito y el transporte.

4.7 DERECHO A LA COMUNICACIÓN E INFORMACION

Las personas con discapacidad tienen derecho a solicitar y recibir información pública, a través de formatos accesibles, texto electrónico, lenguaje de señas, Braille, servicios de intérprete, entre otros servicios de apoyo dependiendo el tipo de discapacidad, que les permita participar en diferentes procesos sociales en igualdad de oportunidades frente a los demás ciudadanos.

La interpretación se define como un mecanismo surgido como alternativa de comunicación al enfrentarse individuos pertenecientes a dos o más grupos lingüísticos y culturales. Concebida así, la interpretación es indispensable en un sin número de circunstancias, dentro de las cuales se cuenta el intento de por comunicarse uno o mas individuos sordos o sordociegos con una o mas personas oyentes.

4.8 DERECHO A LA VIVIENDA

Para promover el acceso de las personas con discapacidad a las oportunidades de acceso de vivienda, en condiciones de equidad, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, adoptó mecanismos de discriminación positiva ordenando mediante el Decreto 975 de 2004, que en los puntajes para la calificación de postulaciones para acceder al Subsidio Familiar de vivienda, se diera una calificación especial las poblaciones

vulnerables, entre ellas, a las familias en las que uno de sus miembros esté en condición de discapacidad. a bolsa especial para ellos.

4.9 DERECHO A LA PARTICIPACION

Para el gobierno nacional es necesario contar con la efectiva participación de la comunidad con discapacidad en los espacios de construcción de política pública, planeación y toma de decisiones. Esta participación política implica de una parte la previa organización y capacitación de la sociedad civil y la transparencia y responsabilidad en su gestión.

De otra parte, supone el fortalecimiento de los procesos de descentralización previsto en la Constitución de 1991 para fortalecer la autonomía regional y local, lo que significa desconcentrar el poder tradicionalmente en cabeza de un nivel nacional para pasarlo a los departamentos y municipios que son hoy en día las instancias directamente responsables de administrar eficientemente los recursos que les son transferidos para garantizar una oferta programática que responda efectivamente a las necesidades de su comunidad. De ahí la responsabilidad de las comunidades para organizarse, conocer sus derechos, y asumir un papel activo en la planeación local.

5. CAPACIDAD PSICOFISICA, INCAPACIDADES, INVALIDECES E INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS MILITARES

5.1 DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES Y AFECCIONES CAUSALES GENERALES DE NO APTITUD

Grupos que contemplan lesiones y afecciones causales de no aptitud para la permanencia en el servicio

- Grupo 1. Cráneo.
- Grupo 2. Boca, nariz, laringe y tráquea.
- Grupo 3. Oídos y audición.
- Grupo 4. Dental.
- Grupo 5. Pulmones y tórax.
- Grupo 6. Ojos.
- Grupo 7. Corazón y sistema vascular.
- Grupo 8. Sangre, órganos hematopoyéticos.
- Grupo 9. Aparato digestivo.
- Grupo 10. Aparato génito - urinario.
- Grupo 11. Sistema Nervioso.
- Grupo 12. Enfermedades mentales
- Grupo 13. Extremidades.
- Grupo 14. Columna vertebral, costillas y articulación sacro - ilíaca.
- Grupo 15. Piel y tejidos.
- Grupo 16. Glándulas endocrinas, metabolismo.
- Grupo 17. Enfermedad sistémica.
- Grupo 18. Tumores y enfermedades malignas.
- Grupo 19. Enfermedades venéreas.
- Grupo 20. Misceláneas.
- Grupo 21. Enfermedades de origen biológico.

5.1.1 Cráneo

- Pérdida de sustancia ósea cualquier extensión con o sin reemplazo protésico, cuando se acompaña se signos y síntomas.
- Deformaciones manifiestas de cráneo como exostosis depresiones, etc.

5.1.2 Boca, nariz, faringe, laringe y tráquea

- Parálisis de laringe.
- Estenosis de laringe que ocasione dificultad respiratoria.
- Estenosis de la tráquea.

5.1.3 Oídos y audición

- Infecciones de conducto auditivo externo graves crónica.
- Mastoiditis crónica.
- Mastoidectomía de meniere.
- Enfermedad de meniere.
- Otitis media supurada resistente a tratamiento.

5.1.4 Dental

- Dental Lesiones o afecciones de los maxilares y sus tejidos con desfiguraciones, maloclusión.

5.1.5 Ojos

- Enfermedades activa y progresiva de los ojos, resistentes a tratamiento que afecta la agudeza y el campo visual.
- Afaquia bilateral.
- Glaucoma.
- Lesiones o afecciones crónicas de los ojos, progresivas y resistentes a tratamientos.
- Manifestaciones oculares de trastornos endocrinos o metabólicos.
- Secuelas progresivas de lesiones de los ojos con disminución de la agudeza y el campo visual.
- Desprendimiento (desgarramiento) de la retina.
- Agudeza visual que no corrige 20/20 en ambos ojos.
- En uno, cuando le sea extirpado el otro.
- cuando el campo visual en el mejor ojo está reducido a menos de 20°.
- Ceguera nocturna.
- Cuerpo extraño intraocular.

5.1.6 Pulmones y Tórax

- Tuberculosis pulmonar y pleuresía tuberculosa cuando el tratamiento requiere más de 15 meses.
- Atelectasia.
- Asma bronquial.
- Bronquiectasia.
- Bronquitis Crónica.
- Enfermedad quística del pulmón y efisema buloso.
- Hemoneumotórax espontáneo.
- Histoplasmosis.
- Neumotórax espontáneo.
- Neumoconiosis.

- Enfisema pulmonar.
- Fibrosis pulmonar.
- Sarcoidosis pulmonar.
- Estenosis bronquial.
- Lobectomía con disminución de la función pulmonar.
- Neumonectomía

5.1.7 Corazón y sistema vascular

- Enfermedad arteriosclerótica oclusiva.
- Fibrilación y flutter auricular.
- Endocarditis.
- Bloqueo cardíaco (síndrome de Stoke - Adams)
- Miocarditis y degeneración del miocardio.
- Taquicardia paroxística ventricular.
- Taquicardia paroxística supraventricular
- pericarditis.
- Valvulitis reumatica
- Contracciones ventriculares prematuras.
- Arteriosclerosis obliterante.
- Anomalías congénitas (coartación de aorta)
- Aneurisma de cualquier vaso sanguíneo.
- cirugía reconstructiva incluyendo injertos.
- Periarteritis nudosa.
- Insuficiencia venosa crónica.
- Enfermedad de Raynauds.
- Tromboangeitis obliterante
- Tromboflebitis.
- Venas varicosas graves y sintomáticas.
- Presión diastólica de más de 110 milímetros de mercurio que no responde al tratamiento.
- Cualquier historial de hipertensión asociada a cambios cerebrales, enfermedad cardíaca o afección renal.
- Secuelas de cirugía cardíaca y vascular.

5.1.8 Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

- Anemia grave que no responde a tratamiento.
- Enfermedad hemolítica crónica y sintomática.
- Enfermedad leucopénica crónica.
- Enfermedad mieloproliferativa.
- Púrpura.

- Enfermedad trombo - embólica.
- coagulopatías.
- Linfomas.

5.1.9 Aparato digestivo

- Esofágico.
- Secuelas de absceso hepático amibiano.
- Cirrosis hepática.
- Gastritis grave y crónica.
- Hepatitis crónica.
- Hernia hiatal sintomática que no responde a tratamiento.
- Ileitis regional.
- Proctitis crónica grave.
- Adherencias peritoriales sintomáticas que no responde a tratamientos.
- Proctitis crónica que requiere tratamiento continuo.
- Úlcera gástrica o duodenal recurrente.
- Colitis ulcerosas que no responden a tratamiento.
- Estrechez del recto grave y sintomática.
- Colectomía parcial (sintomática)
- Colostomía permanente
- Enterostomía permanente.
- Gastrectomía total o subtotal con secuelas.
- Gastrectomía permanente.
- Ileostomía permanente.
- Pancreatectomía.
- Pancreaticoduodenostomía, pancreaticogastrostomía, pancreaticoyeyunostomía.
- Proctetomía.
- Protopexia, protoplastia , proctorragia o proctomía con secuelas .

5.1.10 Aparato génito – urinario

- Cistitis crónica que ni responde a tratamiento.
- Dismenorrea incapacitante rebelde a tratamiento.
- Endometriosis sintomática.
- Hipostadias, excepto la coronal y del glande.
- Incontinencia Grastrectomía urinaria no tratable.
- Cálculo renal , bilateral y no susceptible a tratamiento
- Anomalía congénita bilateral que ocasione infección recurrente
- Hipoplasia renal con secuelas.
- Riñón poliquístico con función renal afectada
- Hidronefrosis bilateral.

- Nefritis crónica que no responde a tratamiento.
- Pielonefritis Crónica que no responde a tratamiento.
- Síndrome menopáutico fisiológico o artificial que no responde a tratamiento.
- Estrechez de la uretra y del uréter grave que no responde a tratamiento.
- Uretritis crónica no tratable e incapacitante.
- Sistostomía permanente y cistectomía.
- Cistoplastia con secuelas.
- Nefrectomía con secuelas patológicas en el riñón restante.
- Nefrostomía permanente.
- Oforectomía con secuelas incapacitadas.
- Amputación del pene.
- Pielostomía si el drenaje persiste.
- Ureterocolostomía.
- Ureterocistomía
- Ureteroileostomía.
- Ureteroplastia con secuelas anatomofisiológicas .
- Ureterosigmoidostomía.
- Ureterostomía externa.
- Ureterostomía con secuelas anatomofisiológicas.

5.1.11 Sistema Nervioso

- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Atrofia muscular mielopática.
- Atrofia muscular Progresiva
- Corea crónica y progresiva
- Araxía de Friederich.
- Degeneración hapatolenticular.
- Epilepsias.
- Esclerosis múltiple.
- Mielopatía espasmódica.
- Narcolepsia.
- Parálisis agitante.
- Neuralgia grave incapacitante que no responde a tratamiento.
- Neuritis causada por lesión de los nervios periféricos, grave permanente.
- Siringomielía.
- Todas las demás afecciones neurológicas que interfieran con la ejecución del servicio.
- Temblores, mioclonías, espasmos.
- Alteraciones metabólicas y degenerativas (Korsacoff, traumas)
- Enfermedades musculares (distrofías, miastenia).

5.1.12 Siquiatría

- Sicosis: Episodios Sicóticos recurrentes.
- Siconeurosis: Persistente o recurrentesiqui
- Trastornos del carácter y del comportamiento que interfieran con la ejecución del servicio.
- Trastornos transitorios de la personalidad.
- Trastornos de la inteligencia que interfieren en el cumplimiento de las funciones desajuste ocupacional.

5.1.13 Extremidades

- Amputaciones miembros superiores: amputación de parte o partes de una extremidad superior que interfiera con el manejo satisfactorio de armas de fuego.
- Alcance de movimientos de las articulaciones así: Hombro: Elevación hasta 90°, Abducción hasta 90°, Luxación recidivante del codo no susceptible de tratamiento. Codo: Flexión hasta 100°, Extensión hasta 60° y luxación recidivante del codo no susceptible de tratamiento.
- Amputaciones miembros inferiores: cualquier pérdida mayor incluyendo del pie, pierna o muslo aún susceptibles de adaptación de prótesis ortopédica; cualquier pérdida mayor incluyendo el pie, pierna o muslo no susceptibles de prótesis.
- Allux Valgus con síntomas pronunciados no susceptibles de tratamiento.
- Pies planos sintomáticos, que interfieren con el uso del calzado Militar.
- Pie calcáneo. Equino, Valgus, varus.
- Lesiones o afecciones de la rodilla que incapacitan frecuentemente y producen inestabilidad.
- Articulaciones: limitaciones de los movimientos así: cadera: Flexión hasta 90°, Rodilla: Flexión hasta 90°, Extensión hasta 180°.
- Acortamiento de una extremidad que exceda de 5 centímetros.
- Artritis.
- Artritis de etiología infecciosa con historial de incapacidad recurrente.
- Artritis traumática no susceptibles de tratamiento que limita el servicio.
- Osteoartritis grave crónica.
- Artritis reumatoidea o miositis reumatoidea que incapacita en forma permanente.
- Condromalasia u osteocondritis disecante, grave e incapacitada en forma permanente.
- Fracturas con secuelas (deformidad marcada, dolores, con defectos funcionales, callo excesivo, etc.)
- Artroplastia dolorosa y con limitación de la función.
- Anquilosis ósea o fibrosa con pérdida de la función.
- Parálisis flácidas o espásticas con pérdida de la función.
- Miotonía Congénita
- Osteítis deformante.

- Osteartropatía hipertrofia secundaria.
- Osteomielitis Crónica.
- Trasplante de tendón con restauración no satisfactoria de la función.

5.1.14 Columna vertebral u otras articulaciones

- Anomalías Congénitas.
- Coxa vara acompañado de dolor y deformación.
- Hernia de núcleo pulposo.
- Cifosis que interfiera con la función.
- Escoliosis con más de 6°. De desviación.

5.1.15 Piel

- Acné polimorfo resistente al tratamiento que interfiere con el uso de uniforme o equipo Militar.
- Dermatitis atópica.
- Dermatitis herpetiforme
- Eczema crónico rebelde a tratamiento.
- Elefantiasis con linfedema crónico.
- Epidermolisis ampollosa.
- Eritema multiforme crónico y recurrente.
- Dermatitis exfoliativa crónica.
- Dermatomicosis y onicomycosis que no responde a tratamiento.
- Hidradenitis suppurativa y foliculitis decalvante.
- Hiperhidrosis complicada con dermatitis o infección.
- Liquen plano.
- Lupus eritematoso
- Neurofibromatosis.
- Parasoriasis.
- Pénfigo.
- Soriasis extensa no controlada con tratamiento.
- Radiodermatitis
- Cicatrices y queloides extensos que interfieren con la función de la región corporal afectada.
- Tuberculosis cutánea
- Ulceras cutáneas que no responden al tratamiento.
- Genodermatosis o enfermedades congénitas cutáneas que interfieren con el cumplimiento de las funciones correspondientes.

5.1.16 Condiciones endocrinas y metabólicas

- Acromegalia

- Hiperfunción adrenal.
- Hiperfunción adrenal.
- Diabetes insípida.
- Diabetes Mellitus que requiere tratamiento a base de insulina.
- Gota con daño en los huesos, articulaciones y riñón.
- Hiperparatiroidismo cuando las complicaciones impiden el desempeño satisfactorio.
- Hiperinsulinismo a causa de tumor maligno o incontrolable.
- Hipertiroidismo que no responde a tratamiento.
- Osteomalasia con secuelas limitantes

5.1.17 Enfermedad sistémica

- Amiloidosis generalizada.
- Dermatomiositis.
- Lepra cualquier tipo.
- Lupus eritematoso crónico diseminado.
- Misticia grave.
- Micosis activa que no responde a tratamiento
- Paniculitis recurrente.
- Porfiria.
- Sarcoidosis progresiva con secuela grave.
- Escleroderma generalizada.
- Tuberculosis activa.

5.1.18 Tumores y enfermedades malignas

- Neoplasmas malignos.
- Condiciones Neoplásticas de los tejidos linfoides y hematógenos.
- Neoplasmas benignos incapacitantes no quirúrgicos.

5.1.19 Enfermedades venéreas

- Neurosífilis sintomática.
- Enfermedades venéreas crónicas con secuelas

5.1.20 Enfermedades de origen biológico

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Hepatitis B

5.1.21 Defectos generales y misceláneos.

Algunas condiciones o defectos, solos o combinados, así:

- Impiden que el individuo realice satisfactoriamente sus funciones en la vida Militar o policial
- La salud o bienestar del individuo peligra al permanecer en la vida Militar o policial
- La permanencia del individuo en la vida militar o policial perjudica los intereses del Estado.

5.2 CLASIFICACION DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE ORIGINAN INCAPACIDAD

5.2.1 Grupos que contemplan lesiones y afecciones que producen disminución de la capacidad laboral.

Los siguientes grupos que contemplan las lesiones o afecciones que producen disminución de la capacidad laboral, susceptibles de ser valorables en índices lesionados:

- Grupo 1. Huesos y articulaciones.
- Grupo 2. Enfermedades alérgicas, de las glándulas endocrinas, del metabolismo y de nutrición.
- Grupo 3. Enfermedades mentales.
- Grupo 4. Sistema Nervioso
- Grupo 5. Afecciones de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Afecciones del aparato circulatorio.
- Grupo 6. Otorrinolaringología y oftalmología.
- Grupo 7. Aparato respiratorio.
- Grupo 8. Aparato Digestivo.
- Grupo 9. Aparato génito - urinario.
- Grupo 10. Lesiones y afecciones de la piel; neoplasias malignas y otras enfermedades sistémicas no contempladas en los grupos anteriores.

5.3 INCAPACIDADES, INVALIDECES, ENFERMEDAD PROFESIONAL Y ACCIDENTE DE TRABAJO

5.3.1 Incapacidades

Las incapacidades se clasifican en:

- Incapacidad temporal: Es aquella que le impide a la persona desempeñar su profesión u oficio habitual por un tiempo determinado.
- Incapacidad permanente parcial: Es aquella que se presenta cuando la persona sufre una disminución parcial pero definitiva, de alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.

Se considerará inválida la persona cuando la incapacidad permanente parcial sea igual o superior al 75% de disminución de la capacidad laboral.

Cuando la incapacidad sea igual o superior a tres (3) meses, continuos o discontinuos, en un (1) año contado a partir de la fecha de expedición de la primera excusa de servicio total, se realizará la valoración por parte de una Junta Médico Laboral.

El dictamen de esta Junta Médico Laboral tendrá el carácter de definitivo si no existieren posibilidades de recuperación.

Si se encontraren posibilidades de recuperación, el dictamen de esta Junta tendrá el carácter de provisional y podrá ampliarse el término de la incapacidad hasta por doce (12) meses, prorrogables por otros doce (12) meses si subsisten las posibilidades de recuperación. Vencido éste término la Junta deberá realizar una nueva valoración y emitir un dictamen definitivo.

5.3.2 Enfermedad Profesional

Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo las personas de que trata el presente decreto, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en el presente decreto se determinen como tales por el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional determinará en forma periódica las enfermedades que se consideran como profesionales.

5.3.3 Accidente de Trabajo

Se entiende por accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga en el servicio por causa y razón del mismo, que produzca lesión orgánica, perturbación funcional, la invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes impartidas por el comandante, jefe respectivo o superior jerárquico, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente lo es el que se produce durante el traslado desde el lugar de residencia a los lugares de labores o viceversa, cuando el transporte lo suministre la Institución, o cuando se establezca que la ocurrencia del accidente tiene relación de causalidad con el servicio.

5.4 PRESTACIONES

5.4.1 Indemnizaciones

El derecho al pago de indemnización para el personal de que trata el presente estudio, que hubiere sufrido una disminución de la capacidad laboral se valorará y definirá de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para el efecto, y se liquidará teniendo en cuenta las circunstancias que a continuación se señalan:

- En el servicio pero no por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad y/o accidente común.
- En el servicio por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad profesional y/o accidente de trabajo.
- En el servicio como consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo, o por acción directa del enemigo, en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público o en conflicto internacional.

Cuando el personal de que trata el presente estudio se haya desvinculado sin derecho a la asignación de retiro, pensión de jubilación o pensión de invalidez y abandone o rehúse sin justa causa, por un término de dos (2) meses, o durante el mismo período no cumpla con el tratamiento prescrito por la Sanidad o con las indicaciones que le han sido hechas al respecto, la institución quedará exonerada del reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que de ello se deriven.

Las secuelas de lesiones adquiridas en actos realizados por violación de disposiciones legales o reglamentarias, no dan derecho a reconocimiento indemnizatorio.

5.4.2 Pensiones de Inválidez

- **Pensión de invalidez para el personal de oficiales, suboficiales, y personal del nivel ejecutivo de las fuerzas militares**

Cuando mediante Junta Médico-Laboral o Tribunal Medico-Laboral de Revisión Militar, haya sido determinada una disminución de la capacidad laboral igual o superior al 75%, ocurrida durante el servicio, el personal de oficiales, suboficiales y personal del nivel ejecutivo, tendrá derecho, mientras subsista la incapacidad, a una pensión mensual, valorada y definida de acuerdo con la reglamentación que expida para el efecto el Gobierno Nacional, liquidada con base en las partidas establecidas en las normas que regulen la materia y de conformidad con los porcentajes que a continuación se señalan:

- El setenta y cinco por ciento (75%) de dichas partidas, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) y no alcance el ochenta y cinco por ciento (85%).

- El ochenta y cinco por ciento (85%) de dichas partidas, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al ochenta y cinco por ciento (85%) y no alcance el noventa y cinco por ciento (95%).
- El noventa y cinco por ciento (95%) de dichas partidas, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al noventa y cinco por ciento (95%).

Cuando el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral no sea igual o superior al 75%, no se generará derecho a pensión de invalidez.

- **Pensión de invalidez del personal vinculado para la prestación del servicio militar obligatorio y para los soldados profesionales**

Cuando el personal que se encuentra prestando el servicio militar obligatorio o los soldados profesionales, adquieran una incapacidad durante el servicio que implique una pérdida igual o superior al 75% de su capacidad laboral, tendrá derecho mientras subsista la incapacidad, a una pensión mensual valorada y definida de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para el efecto, y liquidada como a continuación se señala:

- El setenta y cinco por ciento (75%), del salario que se señala en el párrafo primero del presente artículo, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) y no alcance el ochenta y cinco por ciento (85%).
- El ochenta y cinco por ciento (85%) del salario que se señala en el párrafo primero del presente artículo, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al ochenta y cinco por ciento (85%) y no alcance el noventa y cinco por ciento (95%).
- El noventa y cinco por ciento (95%), del salario que se señala en el párrafo primero del presente artículo, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al noventa y cinco por ciento (95%).

La base de liquidación de la pensión del personal vinculado para la prestación del servicio militar obligatorio será el sueldo básico de un cabo tercero.

Para los soldados profesionales, la base de liquidación será igual a la base de cotización establecida en el Régimen de Carrera y Estatuto del Personal de Soldados Profesionales.

Cuando el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral no sea igual o superior al 75% no se generará derecho a pensión de invalidez.

- **Pensiones de invalidez para los alumnos de las escuelas de formación de oficiales y suboficiales de las fuerzas militares**

Cuando mediante Junta Médico-Laboral o Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar, haya sido determinada una disminución de la capacidad laboral igual o superior al 75%,

ocurrida durante el servicio, por causa y razón del mismo, el personal de que trata el presente artículo, tendrá derecho, mientras subsista la incapacidad, a una pensión mensual, valorada y definida de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto y liquidada como a continuación se señala:

- El setenta y cinco por ciento (75%) de los salarios básicos que se indican en el párrafo primero de este artículo, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) y no alcance el noventa y cinco por ciento (95%).
- El ciento por ciento (100%) de los salarios básicos que se indican en el párrafo primero de este artículo, cuando la disminución de la capacidad laboral sea igual o superior al noventa y cinco por ciento (95%).

La base de liquidación de la pensión para los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales será el sueldo básico de un Subteniente.

Para los alumnos de las escuelas de formación de Suboficiales, la base de liquidación será el sueldo básico de un Cabo Tercero o su equivalente en el Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional.

Cuando el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral no sea igual o superior al 75%, no se generará derecho a pensión de invalidez.

La pensión de invalidez se sustituirá en los términos previstos por las normas vigentes aplicables para el caso.

En ningún caso el monto de la pensión de invalidez podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

5.5 PRESTACIONES ASISTENCIALES

El personal de que trata el presente estudio que sufra lesiones o padezca de una enfermedad, tiene derecho a las siguientes prestaciones asistenciales por el tiempo necesario para definir su situación médico-laboral, sin perjuicio de las prestaciones económicas que le correspondan, así:

1. Atención médico-quirúrgica
2. Medicamentos en general.
3. Hospitalización si fuere necesaria.
4. Rehabilitación que comprende:

Reeducación de los órganos lesionados, Sustitución o complemento de órganos mutilados mediante aparatos protésicos u ortopédicos con su correspondiente sustitución y/o mantenimiento vitalicio.

Cuando en el tratamiento médico-quirúrgico haya sido indispensable utilizar material de osteosíntesis y exista posteriormente la necesidad de su retiro, esta observación deberá consignarse en la respectiva Dictamen de Junta o Tribunal Médico Laboral para efectos de su autorización por parte de la Dirección de Sanidad correspondiente, previo concepto médico actualizado.

Los costos derivados de las prestaciones mencionadas en el párrafo anterior, serán cubiertos con cargo al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, dentro del período comprendido entre de cobertura laboral a que hubiere derecho.

6. ORGANISMOS Y AUTORIDADES MEDICO-LABORALES MILITARES

Son organismos médico-laborales militares y de policía:

- El Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar
- La Junta Médico-Laboral Militar

Son autoridades Medico-Laborales militares:

- Los integrantes del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar.
- Los integrantes de las Juntas Médico-Laborales.
- Los médicos generales y médicos especialistas de planta asignados a Medicina Laboral de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares.

6.1 LA JUNTA MÉDICO-LABORAL MILITAR

Sus funciones son en primera instancia:

- Valorar y registrar las secuelas definitivas de las lesiones o afecciones diagnosticadas.
- Clasificar el tipo de incapacidad psicofísica y aptitud para el servicio, pudiendo recomendar la reubicación laboral cuando así lo amerite.
- Determinar la disminución de la capacidad psicofísica.
- Calificar la enfermedad según sea profesional o común.
- Registrar la imputabilidad al servicio de acuerdo con el Informe Administrativo por Lesiones.
- Fijar los correspondientes índices de lesión si hubiere lugar a ello.
- Las demás que le sean asignadas por Ley o reglamento.

Los soportes de la Junta Médico-Laboral serán los siguientes:

- La ficha médica de aptitud psicofísica.
- El concepto médico emitido por el especialista respectivo que especifique el diagnóstico, evolución, tratamiento realizado y secuelas de las lesiones o afecciones que presente el interesado.
- El expediente médico – laboral que reposa en la respectiva Dirección de Sanidad.
- Los exámenes paraclínicos adicionales que considere necesario realizar.
- Informe Administrativo por Lesiones Personales.

Una vez recibidos los conceptos médicos definitivos que determinen las secuelas permanentes, la Junta Medico Laboral se deberá realizar a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes.

La Junta Médico-Laboral Militar, estará integrada por tres (3) médicos de planta de la Dirección de Sanidad de la respectiva Fuerza, de los cuales uno será representante de Medicina Laboral.

Cuando el caso lo requiera, la Junta Médico-Laboral podrá asesorarse por médicos especialistas o demás profesionales que considere necesarios.

El Gobierno Nacional determinará los requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con la Junta Médico-Laboral.

La Junta Médico-Laboral será expresamente autorizada por el Director de Sanidad de la respectiva Fuerza por solicitud de Medicina Laboral o por orden judicial. En ningún caso se tramitarán solicitudes de Junta Médico-Laboral presentadas por personal o entidades distintas a las enunciadas.

Se practicará Junta Médico-Laboral en los siguientes casos:

- Cuando en la práctica de un examen de capacidad psicofísica se encuentren lesiones o afecciones que disminuyan la capacidad laboral.
- Cuando exista un informe administrativo por lesiones.
- Cuando la incapacidad sea igual o superior a tres (3) meses, continuos o discontinuos, en un (1) año contado a partir de la fecha de expedición de la primera excusa de servicio total.
- Cuando existan patologías que así lo ameriten
- Por solicitud del afectado

Si después de una Junta Médico-Laboral definitiva la persona continúa al servicio de la Institución y presenta más adelante lesiones o afecciones diferentes, éstas serán precisadas y evaluadas mediante nueva Junta Médico-Laboral.

La Junta Médico-Laboral se efectuará con presencia del interesado. Si dejare de asistir sin justa causa en dos (2) oportunidades a las citaciones que se le hagan para la práctica de la Junta Médico Laboral, ésta se realizará sin su presencia y con base en los documentos existentes.

6.2 EL TRIBUNAL MÉDICO-LABORAL DE REVISIÓN MILITAR

El Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar conocerá en última instancia de las reclamaciones que surjan contra las decisiones de las Juntas Médico-Laborales y en consecuencia podrá ratificar, modificar o revocar tales decisiones. Así mismo, conocerá en única instancia la revisión de la pensión por solicitud del pensionado.

El Gobierno Nacional determinará la conformación, requisitos de los miembros, funciones, procedimientos y demás aspectos relacionados con el Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar.

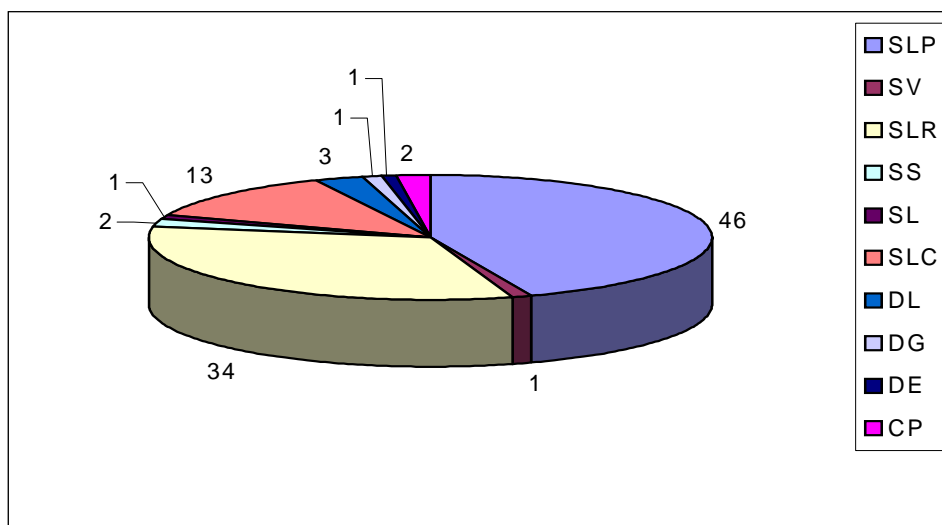
Las normas correspondientes al funcionamiento del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar contenidas en el decreto 094 de 1989, continuarán vigentes hasta tanto se adopte la correspondiente normatividad por parte del Gobierno Nacional.

Las decisiones del Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar son irrevocables y obligatorias y contra ellas sólo proceden las acciones jurisdiccionales pertinentes.

Las decisiones de los organismos médico-laborales militares señalados en el presente decreto, serán tomadas por la mayoría de los votos de sus integrantes.

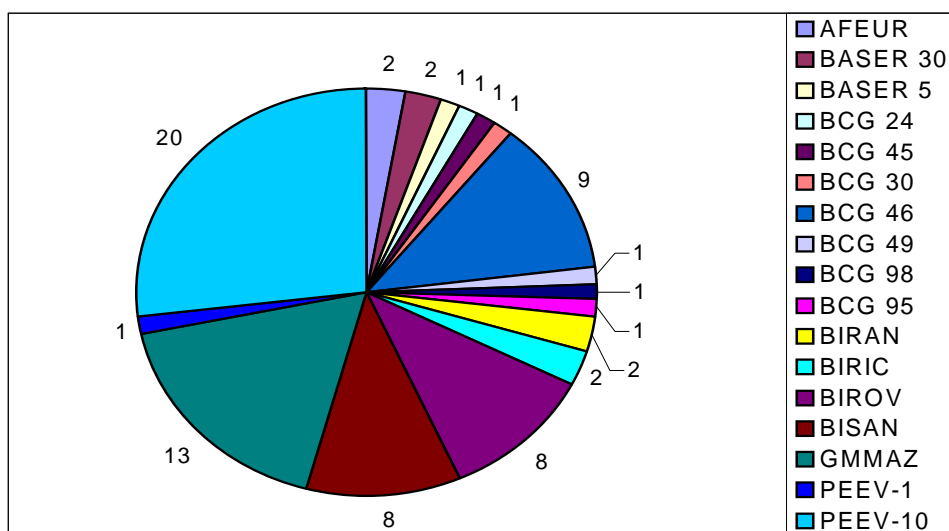
7. SITUACIONES DE DISCAPACIDAD DE LA TRIGESIMA BRIGADA EVALUADAS POR LA JUNTA MEDICO LABORAL – ANALISIS ESTADISTICO

7.1 SEGÚN EL RANGO MILITAR



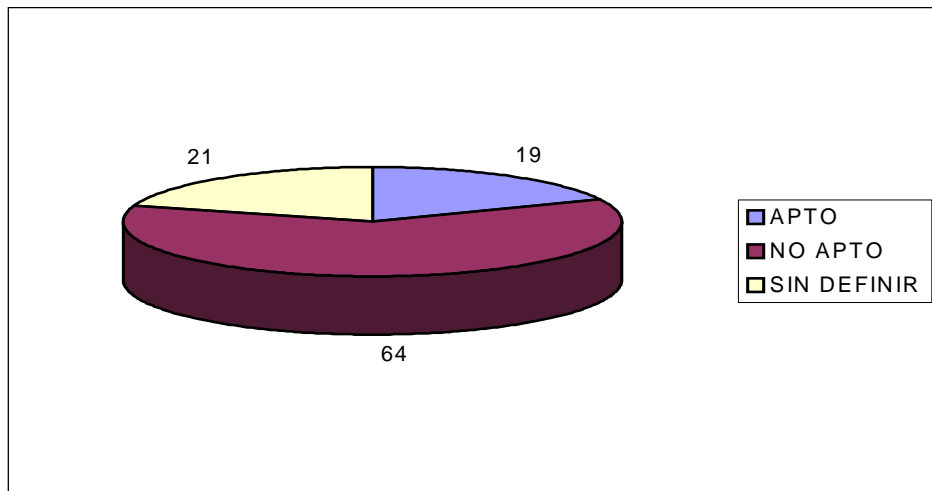
En el anterior gráfico, se puede apreciar que de 104 soldados discapacitados de la Trigesima Brigada del Ejército, con sede en San José de Cúcuta, 46 son SLP, 01 es SV, 34 son SLR, 2 son SS, 1 es SL, 13 son SLC, 3 son DL, 1 es DG, 1 es DE y 2 son CP.

7.2 SEGÚN LA UNIDAD MILITAR A LA QUE PERTENECE



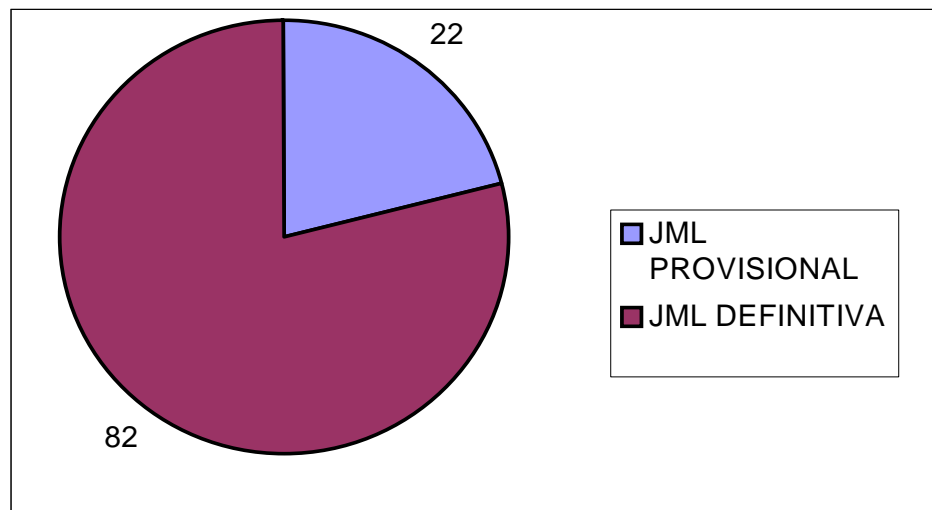
De acuerdo al gráfico de la unidad militar a la que pertenecen los soldados discapacitados, encontramos lo siguiente: 2 AFEUR 7, 2 BASER 30, 1 BASER 5, 1 BCG 24, 1 BCG 45, 1 BCG 30, 9 BCG 46, 1 BCG 49, 1 BCG 98, 1 BCG 95, 2 BIRAN, 2 BIRIC, 8 BIROV, 8 BISAN, 43 GMMAZ, 1 PEEV-1, 20 PEEV-10.

7.3 SEGÚN LA CALIFICACION DE APTITUD



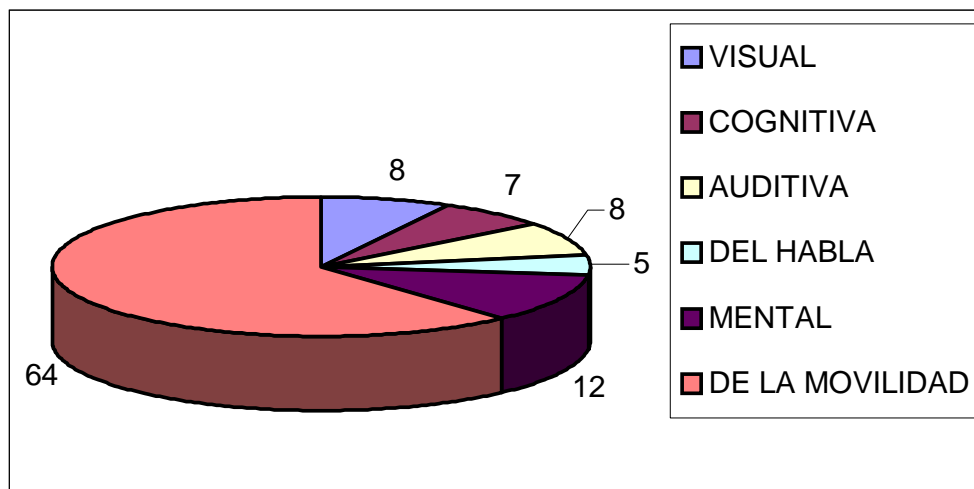
De acuerdo al gráfico de calificación de aptitud con base en la Junta Medica Laboral, encontramos que 64 han sido diagnosticados como no aptos, 19 aptos y 21 tienen su situación aún sin definir.

7.4 SEGÚN LA EVALUACION DE LA JUNTA MEDICA LABORAL



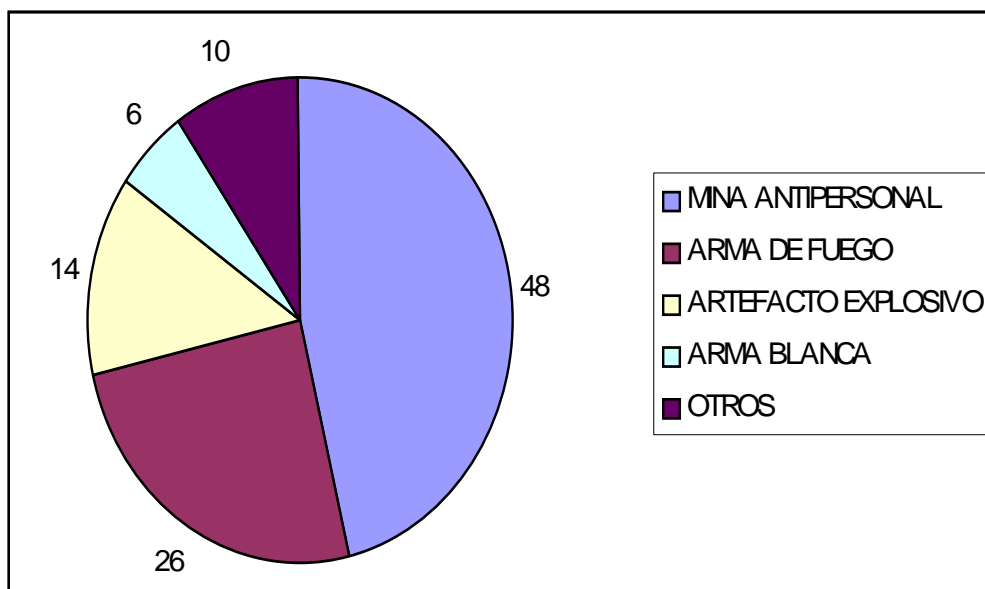
Según la evaluación de la Junta Medica Laboral, 82 soldados discapacitados ya han fueron diagnosticados por la JML Definitiva y 22 se encuentran aún evaluados por la JML Provisional.

7.5 SEGÚN EL TIPO DE DISCAPACIDAD



Según el tipo de discapacidad, encontramos que de los 104 soldados evaluados, 64 tienen discapacidad de movimiento, 12 mental, 8 auditiva, 5 del habla, 8 visual y 7 cognitiva.

7.6 SEGÚN EL MECANISMO DE LESION



Según el mecanismo de lesión, encontramos que 48 soldados han quedado discapacitados producto de accidentes por minas antipersona, 26 por arma de fuego, 14 por artefactos explosivos, 6 por arma blanca y 10 por otros.

7.7 ANALISIS DE LA CONVERSACION SOSTENIDA CON ALGUNOS SOLDADOS DISCAPACITADOS PERTENECIENTES A LA TRIGESIMA BRIGADA DEL EJERCITO

De manera general, los soldados se refirieron a los siguientes temas:

7.7.1 Derechos y Deberes

- Desconocimiento de los derechos que poseen por el sólo hecho de ser ciudadanos colombianos, para ello es necesario hacer pedagogía en derechos y entidades de control y vigilancia. (Les sugieren que consulten la constitución, pero cabe considerar la idea que parte de ellos no sabe leer, deberían tener un asesor en este tema)
- Existe una mala atención para expresar quejas y reclamos. (Deben hacer muchos trámites con control interno etc. Además si presentan quejas pueden ser remitidos a sus ciudades sin completar el tratamiento y sin ser indemnizados.)
- Al ser maltratados se desilusionan del Ejército y del Estado. (El maltrato en su gran mayoría es verbal.)
- Los soldados no tienen la oportunidad de expresarse con los superiores. Cuando hay una visita de los altos mandos suelen esconderlos para que no expresen sus inconformidades.
- No cuentan con un equipo que les brinde un completo apoyo humano. Por eso son muy amigos y solidarios entre ellos. (Ejemplo: a algunos soldados no les dan almuerzo cuando ya están por salir, así que los otros soldados le comparten su almuerzo.) Existen entre ellos un compañerismo y respeto cooperativismo.
- Se encuentran inconformes con la Ley de 783 de 2004
- Los superiores hacen hincapié en sus deberes y no derechos.
- Prefieren un trato digno y humano por encima de cualquier otra cosa (Pues no existe una queja contundente de la infraestructura ni de la comida etc. Sino una queja enfatizada al manejo administrativo).
- Son maltratados por sus superiores quienes mienten el hecho. Acusan al ejército por el maltrato e irresponsabilidad.

- Opinan que es injusto que sus derechos no sean reconocidos cuando lo han dado todo por la patria. (Dicen que perdieron sus piernas en el ejército, pero no la vida, así que lo más justo sería que salieran con una oportunidad laboral etc.)
- Los soldados piden tener acceso a los medios de televisión para poder dar a conocer su problemática.

7.7.2 Expectativas de regreso a casa y comunidad

- Las expectativas que tienen los soldados para volver a su casa es trabajar de nuevo, debido a la difícil situación de sus familias. Actualmente no existe apoyo por parte de las Fuerzas militares para esta incursión socio-laboral.
- Los soldados no encuentran problema alguno por su discapacidad, para ellos el problema está en volver a su casa y ser una carga más, pues salen del batallón de sanidad sin hacer lo que hacían anteriormente. (Este es un ejemplo de una frase de uno de ellos: “a mi me llevaron obligado al ejército y me quitaron el arte que sabía, que era la soldadura, ahora con esta discapacidad no sirvo pa’ eso, no sirvo ni pa’ ladrón pues no pudo ni correr, lo mínimo sería que me ayudaran a trabajar en otra cosa, yo hago lo que sea”)
- Los soldados reclutados se encontraban haciendo otro tipo de actividades y labores que les garantizaban ingresos a sus familias. (ejemplo anterior)
- Desafortunadamente, los soldados tienen una visión asistencialista y exigen una buena y justa indemnización por parte del estado. (Ejemplo: uno de ellos perdió sus 2 piernas y el estado solo le paga una.)
- Prefieren que existan varios sitios de recuperación a nivel nacional, para poder tener la posibilidad de que sus familias y amigos los visiten, pues ellos en su gran mayoría son de otras ciudades. Y a los que tienen familia en Bogotá y quieren visitarlos el fin de semana, pueden hacerlo pero la salida del batallón de sanidad implica que deben traer algo, como un trapeador, escoba etc. Es decir que cada salida prácticamente se cobra.
- Para algunos soldados su situación familiar ha empeorado después que adquirieron la discapacidad.
- Muy pocos soldados cuentan con el apoyo de fundaciones.

7.7.3 Tratamiento de Rehabilitación

- La causa de discapacidad de los soldados es múltiple: minas, tiros en sus extremidades, espalda, lesiones de caídas etc.

- Comentan que las enfermeras que los tratan bien y son amables con ellos corren el riesgo de ser despedidas de su cargo.
- Los soldados no reciben las cirugías necesarias y por ello pueden ser amputados. Se debe analizar el costo beneficio de las fuerzas militares al momento de realizar cirugías vs. Tratamientos, pues la prioridad es que los soldados se recuperen de la mejor manera posible.
- Existe un maltrato físico y psicológico durante el proceso de rehabilitación.
- Los soldados son obligados a salir a las 5:00 AM a formar pese al frío que se penetra en sus heridas y aparatos de rehabilitación. Seria bueno analizar un modelo de rehabilitación sin tanta influencia del esquema militar.
- Los soldados son castigados por sus superiores (Un superior pierde la lista de citas del hospital militar, en donde cada soldado es responsable de inscribirse, y entonces el proceso de citas se realiza de manera aleatoria, haciendo perder la cita a aquellos que sí la habían solicitado) además se les prohíbe subir al bus para poder desplazarse del centro de rehabilitación al Hospital militar
- La comida es ofrecida sólo dos veces al día.

8. CONCLUSIONES

1. Los soldados en su mayoría, son ciudadanos jóvenes de baja calificación laboral que en su nueva condición reciben un apoyo económico que si bien aporta para el proceso de incorporación familiar y productiva, resultan insuficientes como fuente única de ingreso por tiempo indefinido.
2. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que las demás personas, incluidos el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.
3. Constitucionalmente, se violan los derechos fundamentales de igualdad, equidad, solidaridad, cobertura, calidad de vida, salud, integridad física y moral, en cuanto al proceso que se sigue con las personas que fueron diagnosticadas como discapacitados cuando se encontraban al servicio de las Fuerzas Militares, porque estas personas ya no cuentan con los mismos beneficios que les ofrecía la Institución a la cual pertenecían.
4. El Batallón de Sanidad históricamente ha sido la unidad que acoge a los soldados provenientes de todas las unidades del país, que requieren tratamientos médicos especializados, por haber sufrido heridas en combate, enfermedades ocupacionales, enfermedades generales y por accidentes de trabajo.
5. Colombia ocupa el primer lugar en el mundo donde se continua sembrando minas antipersona y anterfactos explosivos sin detonar. Cada XX ocurre XX muertes de civiles y militares nuestro país. El 63% de estas víctimas son soldados de nuestras fuerzas militares que defendiendo el territorio colombiano mueren o pierden parte de su integridad física y/o mental.
6. El soldado que ha sufrido alguna discapacidad, requiere en un primero momento de los servicios de rehabilitación integral que le permitan su recuperación funcional, psicoafectiva y ocupacional para poder efectivamente recuperar la posibilidad de interactuar en la comunidad. En un segundo momento, será necesario establecer estrategias para lograr que la persona con discapacidad pueda recibir una capacitación y formación técnica o profesional de calidad, conforme a su vocación, habilidades, y a las necesidades del mercado de bienes y servicios en el que interactúa, integrándolo a los espacios donde los demás ciudadanos reciben estos servicios del Estado, es decir en las escuelas públicas, los centro de formación del SENA y en las universidades públicas del país. También es necesario permitir la opción de desarrollar un proyecto e vida como deportista de alto rendimiento.

9. RECOMENDACIONES

1. Hacer un centro regional de rehabilitación integral para las FF.MM, que preste servicio a las víctimas afectadas por el conflicto armado pertenecientes a las fuerzas militares.
2. Transformar el esquema de trabajo del batallón de sanidad y centro de evacuados existente, con avances tecnológicos, científicos e integrado por la parte humana.
3. Manejar un esquema de rehabilitación integral (NBS) que involucre la rehabilitación física, psicológica y vocacional de las víctimas y en donde exista un trabajo en conjunto con sus familias orientadas a la inclusión socio-laboral de las personas y/o a la vida de deportistas mediante un centro de alto rendimiento.
4. Tener la capacidad de gestión para ejecutar un plan de trabajo que incluya al gobierno, sector privado y con el compromiso social y apoyo de la ciudadanía.
5. Sensibilizar a la comunidad exaltando el valor, coraje y sacrificio de los héroes de las fuerzas militares.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Protección Constitucional y Derechos Fundamentales de las Personas Discapacitadas. Bogotá, 2006.

DECRETO NUMERO 1796 DE 2000: "por el cual se regula la evaluación de la capacidad psicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993"

LEY NUMERO 361 DE 1997: "Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones"

LEY NUMERO 762 DE 2002: "Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)".

LEY NÚMERO 324 DE 1996: "Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda".

LEY NUMERO 100 DE 1993: "Por el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social".

DECRETO NUMERO 2644 de 1994: Adopta, la tabla única para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral, entre el 5 y el 49.99 por ciento.

DECRETO NUMERO 303 DE 1995. Se determina la vigencia de las Juntas de Calificación de Invalidez.

DECRETO NUMERO 2681 DE 1993. Declara el 3 de diciembre del día nacional de las personas con discapacidad.

DECRETO NUMERO 1346 DE 1994. Reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de invalidez.

DECRETO NUMERO 1295 DE 1994. Organiza y determina la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

DECRETO NÚMERO 3830 DE 2006 “Por el cual se determina el subsidio para vivienda de los Soldados Profesionales que otorga el Estado a través de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, se reglamenta parcialmente la Ley 973 de 2005 y se dictan otras disposiciones”.

BARNES, Colin (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton (Comp.). Discapacidad y Sociedad (pp. 59-76). Madrid: Morata.

Anexos

Anexo A:

Tabla de Valuación de Incapacidades
Porcentaje de Disminución de la Capacidad Laboral

Anexo B:

Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de 1 a 36 Meses
Oficiales – Suboficiales – Grumetes – Agentes y
Alumnos de Escuelas de Formación

Anexo C:

Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de $\frac{1}{2}$ a 54 Meses
Oficiales – Suboficiales – Civiles – Soldados – Grumetes
Agentes y Alumnos de Escuela de Formación

Anexo D:

Tabla de Indemnización en Meses de Sueldo de 2 a 72 Meses
Oficiales – Suboficiales – Civiles – Soldados - Grumetes
Agentes y Alumnos de Escuelas de Formación

Anexo E:

Tabla de Situación de la Junta Medica Laboral a 30 de Abril de 2007
Trigésima Brigada del Ejército